

Taina Lahti

# Neurokirurgisen potilaan preoperatiivinen ohjaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Kliininen asiantuntija koulutus

Opinnäytetyö

31.05.2013

Tekijä(t) Otsikko	Etunimi Sukunimi Opinnäytetyön otsikko
Sivumäärä Aika	50 sivua + 2 liitettä 31.5.2013
Tutkinto	sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntija koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Yliopettaja, TtT Liisa Kuokkanen Hoitotyön Kliininen Asiantuntija, Jaana Kotila
<p>Potilaan ohjaus on olennainen osa hoitoa. Lyhentyneiden hoitoaikojen myötä ohjaukselle jää vähemmän aikaa, mutta samalla odotetaan potilaiden selviytyvän toipumisestaan kotona. Potilaan voimavaroja tukeva preoperatiivinen ohjaus on keino edistää potilaan toipumista sekä lievittää potilaan tuntemaa pelkoa ja ahdistusta, joka on yleistä leikkausten yhteydessä. Neurokirurgisissa sairauksissa toimenpiteiden kohteena ovat aivot, selkäydin tai selkäytimestä lähtevät hermot.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata neurokirurgisen potilaan kokemuksia saamastaan preoperatiivisesta ohjauksesta voimavaraistumista tukevan ohjauksen näkökulmasta. Aineisto kerättiin kotiutumisvaiheessa neurokirurgian klinikan potilailta (N=146), jotka olivat saaneet leikkausta edeltävää ohjausta. Vastausprosentti oli 84,9 % (n=124). Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla SPTS- kyselylomakkeella (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003). Kyselylomakkeella tutkittiin potilaan voimavaraistumista tukevan tiedon saantia kuuden tiedon alueelta: biofysiologisen, toiminnallisen, kokemuksellisen, eettisen, sosiaalisuhteellisen ja taloudellisen. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Aineiston tiivistämiseksi voimavaraistumista tukevan tiedon alueita mittaavista muuttujista muodostettiin summamuuttujia. Aineisto kuvattiin keski- ja hajontalukuina. Taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin Spermannin korrelaatiokertoimella, Kruskal-Wallis- tai Mann-Whitney-testillä.</p> <p>Potilaat kuvasivat saaneensa eniten tietoa biofysiologisen ja toiminnallisen tiedon alueelta. Vähiten tietoa oli saatu taloudellisen ja sosiaalisuhteellisen tiedon alueella. Taustamuuttujista iällä, aikaisemmalla leikkauskokemuksella ja useamman ohjausmenetelmän käytöllä oli positiivinen yhteys potilaan tiedon saantiin. Enemmistö potilaista oli saanut suullisen ohjauksen tukena kirjallista materiaalia tai ohjausta oli havainnollistettu tietokoneen tai muiden välineiden avulla. Ohjausta pidettiin rutiinina eikä se vastannut potilaan tiedon tarpeisiin.</p> <p>Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä potilaiden preoperatiivista ohjauskäytäntöä. Ohjauksessa tulee käyttää useampaa ohjaustapaa ja sisällön tulisi vastata paremmin voimavaraistumista tukevan tiedon alueita. Potilaan yksilölliset tiedon tarpeet tulisi huomioida ohjauksessa paremmin.</p>	
Avainsanat	neurokirurginen potilas, preoperatiivinen ohjaus, voimavaroja tukeva ohjaus

Author(s) Title	Taina Lahti Neurosurgical Patient's Preoperative Education
Number of Pages Date	50 pages + 2 appendices 31 May 2013
Degree	Registered Nurse (Polytechnic Master's Degree)
Degree Programme	Degree Programme in Advanced Nursing Practice
Specialisation option	
Instructor(s)	Liisa Kuokkanen, PhD, RN, Principal Lecturer Jaana Kotila, Clinical Expert in Neurosurgery Department
<p>Patient Education is important intervention in surgical nursing. Anxiety and fear is common in surgical patients, and their prevalence is higher with neurosurgical patients. Neurosurgery refers to the surgical treatment of the central nervous system (brain and spinal cord).</p> <p>The aim of this study was to describe the neurosurgical patients' experiences of preoperative counseling from the perspective of empowerment. Data were collected from patients (N= 146) undergoing neurosurgical treatment before they were discharged. The response rate was 84, 9% (n=124, mean age 51, 7 years). The material for the study was collected using a structured instrument; the Received Knowledge of Hospital Patients (RKHP, © Leino-Kilpi - Salanterä – Hölttä 2003) scale, including 6 different dimensions of knowledge; bio-physiological, functional, experiential, ethical, social and financial dimensions. The material was analyzed and the results were described using statistical methods. Patient education is an important part of the treatment. There is less time for patient counseling because shortened treatment time and hospital stay. Therefore preoperative Empowerment</p> <p>The patients described that they had received the most knowledge about the bio-physiological and functional dimensions. The patients described that they had received least knowledge about the financial and social dimensions. The background variables i.e. age, previous surgical treatment and multiple usages of counseling methods were discovered to be connected positively with the information received. As far as spoken education was concerned, most of the patients had received written material, or the education was presented with computer or by other media. Education was felt to be routine education and did not take into account the patient's individual information needs.</p> <p>The study results can be utilized in developing the patient education and guidance of neurosurgical patients' preoperative education. Patient Education and Guidance should develop so that individually tailored education is needed to meet patients' educational needs. Methods should use several education and counseling methods. The contents of education and its methods should be taken into consideration.</p>	
Keywords	Neurosurgical Patient, Preoperative Education, Empowering Education

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tausta	2
2.1	Neurokirurgiset sairaudet ja niiden hoito	2
2.2	Neurokirurginen potilas	4
2.3	Opinnäytetyön toimintaympäristön kuvaus	5
3	Potilaan ohjaus	6
3.1	Potilaan preoperatiivinen ohjaus	6
3.2	Voimavaroja tukeva ohjaus	8
3.3	Ohjausmenetelmät	10
4	<b>Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset</b>	13
5	<b>Menetelmät</b>	13
5.1	Mittari	13
5.2	Aineisto	15
5.3	Aineiston analyysi	16
6	<b>Tulokset</b>	17
6.1	Vastaajat	17
6.2	Neurokirurgisen potilaan kokemus ohjauksessa saamastaan tiedosta	18
6.2.1	Tiedon saanti biofysiologisen tiedon alueella	19
6.2.2	Tiedon saanti toiminnallisen tiedon alueella	20
6.2.3	Tiedon saanti kokemuksellisen tiedon alueella	21
6.2.4	Tiedon saanti eettisen tiedon alueella	22
6.2.5	Tiedon saanti sosiaaliyhteisöllisen tiedon alueella	24
6.2.6	Tiedon saanti taloudellisen tiedon alueella	25
6.3	Taustamuuttujien yhteys tiedon saantiin	26
6.4	Avoimen kysymyksen vastaukset	27
6.5	Preoperatiivisen ohjauksen ajankohta	29
6.6	Preoperatiivisessa ohjauksessa käytettävät menetelmät	30
6.6.1	Toteutuneet ohjausmenetelmät	30
6.6.2	Toivotut ohjausmenetelmät	32
7	<b>Pohdinta</b>	34

7.2	Eettiset kysymykset	37
7.3	Tulosten tarkastelua	38
7.4	Keskeiset tulokset	42
7.5	Toimenpide-ehdotukset	44
	Lähteet	46
	Liitteet	
	Liite 1. Tutkimusluvut	
	Liite 2 Frekvenssit muuttujittain	

## 1 Johdanto

Ohjaus on olennainen osa potilaan asianmukaista ja laadukasta hoitoa. Suomessa potilaalla on jo lakiin perustuva oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon eri vaihtoehtoista sekä riskitekijöistä niin, että hän ymmärtää saamansa tiedon (Laki 1992/785: 5§). Ohjauksen merkitys korostuu lyhentyneiden hoitoaikojen myötä. Vaikka ohjaukselle on vähemmän aikaa hoitojakson aikana, potilaiden odotetaan selviytyvän toipumisajastaan kotona. Lisäksi vaatimukset laadukkaasta hoidosta edellyttävät kehittämään potilasohjausta.

Ohjaus on keino tukea potilasta löytämään omia voimavarojaan. Potilaan kokema hallinnan tunne (voimavaraistuminen) kehittyy ja potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa. Voimavaroja tukevan ohjauksen edellytyksenä on, että ohjauksessa saatava tieto vastaa potilaan tiedon tarpeita sekä odotuksia, ja hänellä on mahdollisuus hyödyntää saamaansa tietoa (Leino-Kilpi ym. 2005: 314; Leino-Kilpi 2010).

Neurokirurgia on kirurgian erikoisala, jossa toimenpiteiden kohteena ovat aivot, selkäydin ja selkäytimestä lähtevät hermot. Neurokirurgisen potilaan hoitotyö koostuu pääasiassa leikkaustoimenpiteeseen tulevan ja toimenpiteessä olleen potilaan hoidosta. Kirurgiset toimenpiteet herättävät potilaissa usein pelkoa ja ahdistusta. Neurokirurgisten toimenpiteiden yhteydessä ahdistus voi olla erittäin voimakasta. Preoperatiivinen ohjaus on hoitotyön keino lievittää potilaan pelkoa ja ahdistusta sekä tukea potilaan toipumista että kotona selviytymistä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia neurokirurgisen potilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta voimavaraistumista tukevan ohjauksen näkökulmasta. Saatuja tuloksia voidaan käyttää kehitettäessä potilaan leikkausta edeltävää ohjausta.

## 2 Tausta

### 2.1 Neurokirurgiset sairaudet ja niiden hoito

Neurokirurgia on erikoisala, johon kuuluvat aivojen, selkäytimen sekä selkäytimestä lähtevien hermojen kirurgisesti hoidettavat sairaudet (Jääskeläinen 1998: 2; Salmenperä – Tuli - Virta 2002: 223; Neurokirurgia.fi 2008–2012). Neurokirurgista hoitoa tarvitseva potilas voi olla tajuton trauman, äkillisen pää- tai selkäsäryn taikka halvausoireen saanut henkilö tai suunnitellusti leikkaukseen tuleva potilas, jonka oireet saattavat vaihdella lievistä hyvinkin voimakkaisiin (Kotila – Salmenperä – Meretoja 2009). Väestön ikääntyminen ja hankitut riskit, kuten alkoholi, tupakka, ylipaino ja tapaturmat lisäävät neurokirurgian alaan kuuluvia vammoja sekä kuluma-, verisuoni-, ja kasvainsairauksia (Roberts- Alhava – Höckerstedt - Leppäniemi 2010: 1123). Neurokirurgiaan kuuluu monen tyyppisiä toimenpiteitä, jotka voidaan karkeasti jakaa seuraavasti:

**Pään ja aivojen alueelle kohdistuvat toimenpiteet**, joihin kuuluvat esimerkiksi aivovaltimoaneurysmiin sekä valtimo-laskimoepämuodostumiin kohdistuvat toimenpiteet, kasvaimien ja aivovammojen sekä näiden aiheuttamien verenvuotojen poistot (Salmenperä ym. 2002: 223). Pään alueen leikkauksissa tehdään kallonavaus ja mikroskoopin avulla edetään leikkausalueelle, esimerkiksi aivovaltimoaneurysman sulussa edetään kallonpohjan ja aivokudoksen välissä aneurysman seutuun ja aneurysman kaula suljetaan metallipuristimella eli klipsillä. Aivovaltimoaneurysman endovaskulaarisessa hoidossa viedään katetri reisivaltimon kautta röntgen-läpivalaisua apuna käyttäen aneurysmaan, joka sitten täytetään tavallisimmin platinasta valmistetuilla ohuilla langoilla eli koileilla. (Neurokirurgia.fi 2008–2010.) Kasvaimen poistoleikkauksessa voidaan käyttää mikroskoopin lisäksi stereotaktista "neuronavigaattoria" ja neurofysiologista monitorointia ja stimulaatiota rakenteiden paikantamisessa (Neurokirurgia.fi 2008-2012b). Joskus kasvaimesta voidaan ottaa vain diagnostinen ohutneulanäyte eli biopsia stereotaktisella laitteella porareian kautta tai neuronavigaattorin avulla paikantaen. Joissakin tapauksissa tarkkarajaisiin kasvaimiin soveltuu pelkkä stereotaktinen sädehoito, jolloin kasvaimen kohdistetaan tarkasti eri suunnista sen muotojen mukainen sädetys. (Roberts ym. 2010: 1124, 1166.)

**Aivo-selkäydinneste- eli likvorkiertohäiriöiden hoitoon kohdistuvat toimenpiteet,** joihin kuuluvat esimerkiksi erilaiset suntit, dreneeraukset ja endoskopioidut (Karppinen 2012: 1697–1698). Aivoselkäydinnestekierron häiriöissä käytettävän suntin yläletku viedään porareian kautta sivuaivokammioon ja yhdistetään korvan takana läppään, josta alaletku viedään joko sydämen oikeaan eteiseen tai vatsaonteloon. Joissakin tapauksissa häiriötä voidaan hoitaa myös puhkaisemalla III aivokammion pohja endoskoopilla porareian kautta. (Roberts ym. 2010: 1129.) **Selkärankaan kohdistuvat toimenpiteet,** joihin kuuluvat esimerkiksi kasvainten poistot, välilevyn pullistuman leikkaukset, murtumien ja luksaatioiden korjaukset sekä selkärangan degeneratiivisista muutoksista johtuvat puristustilojen vapautukset (Heiskanen – Kaste 1995: 1197). Esimerkiksi mikrokirurgisessa leikkauksessa kuvannettu ja oireistoon sopiva hermojuurta painava välilevyn pullistuma tai spondyloosinokka poistetaan ja leikkauksesta riippuen avatut nikamavälit fuusioidaan holkeilla tai tarvittaessa levyillä ja ruuveilla (Roberts ym. 2010: 1183–1186).

**Muut toimenpiteet,** joihin kuuluvat muun muassa toiminnallinen eli funktionaalinen neurokirurgia, jossa pyritään lievittämään potilaan oireita, kuten spastisuutta, kroonista kipua ja liikehäiriötä sekä epilepsiaa kirurgisin keinoin. Liikehäiriöpotilaiden (esim. Parkinson) neuromodulaatiossa eli aivojen syvien osien stimulaatiohoidon (DBS)-toimenpiteessä viedään stereotaktisessa poranreikäkirurgiassa elektrodit talamuksen alueelle ja sydämen tahdistimen tapaisella laitteella johdetaan korkeataajuisia (> 100 Hz) sähköärsytystä elektrodien kautta ympäröiviin kudoksiin (Heikkinen – Pälvimäki 2008: 2392–2394). Epilepsiakirurgiassa voidaan kohtauspesäkkeen paikantamisessa käyttää leikkauksessa aivokuorelle asetettuja elektrodeja video-EEG:n avulla. Jos vauriokohta sijaitsee toisessa isoavopuoliskossa, voidaan leikkauksessa tehdä anatominen tai toiminnallinen poisto vaurioalueelle tai jopa aivokurkaisen katkaisu. (Roberts ym. 2010: 1195–1197.) Kipukirurgiassa voidaan käyttää esimerkiksi kehoon istutettavia sähköärsytystä tuottavaa epiduraalstimulaattoria estämään kroonisessa kivussa kipuviestin välittymistä aivoihin tai kolmoishermostossa joko hermosolmun lämpökäsittelyä (trigeminusganglion termokoagulaatio) tai puristuksessa olevan verisuonen vapauttamista (mikrovaskulaarinen dekompressio). Funktionaalisen neurokirurgian toimenpiteet eivät ole vauriokohtaa korjaavia. (Roberts ym. 2010: 1199–1200.)

Noin puolet neurokirurgisista toimenpiteistä on päivystyksellistä akuuttihoitoa, jolloin sairaudet (vammat, verenvuodot, kasvaimet, aivonestekierronhäiriöt, selkäydinpinne)



uhkaavat potilaan toimintakykyä tai henkeä (Roberts ym. 2010: 1115, 1122). Teknologian ja leikkausmenetelmien sekä neurotehohoidon kehittyminen ovat mahdollistaneet parantavan tai oireita lievittävän hoidon sellaisillekin potilaille, joita ei aikaisemmin ole pystytty auttamaan (Salmenperä ym. 2002: 219; Roberts ym. 2010: 1123). Neurokirurgisen hoidon ennuste on riippuvainen hoidettavasta sairaudesta ja sen vaikeusasteesta. Vaikka potilaita myös menehtyy, toisaalta suuri osa toipuu itsenäiseen elämään vaikeankin sairauden jälkeen (HUS Neurokirurgia 2008). Koska neurokirurginen yksikkö vastaa vain lyhyestä akuuttihoitajaksosta, vaatii potilaiden hyvä toipuminen jatkohoidosta vastaavien henkilöiden ja muiden kuntoutukseen ammattilaisten osaamisen (Öhman - Siironen - Jääskeläinen 2008: 2345).

## 2.2 Neurokirurginen potilas

Enemmistö neurokirurgisista potilaista on työikäisiä (Öhman ym. 2008: 2344), mutta potilaita voi olla vauvasta vanhukseen (Salmenperä ym. 2002: 224). Tyypillistä on, että neurokirurgiset häiriöt heikentävät potilaan elämänlaatua usein pitkäksi aikaa, joskus jopa pysyvästi (Saastamoinen 2010: 123), varsinkin jos sairauksien tai hoitojen komplikaatiot koskevat persoonan tärkeitä ominaisuuksia, kuten puhekykyä, liikkumista, tunne-elämää, muistia ja aloitekykyä (Neurokirurgia.fi 2008–2012). Osa neurokirurgisista sairauksista tulee yllättäen aiheuttaen kuolemanpelkoa ja syvän henkilökohtaisen kriisin (Holmia – Lukkari – Murtonen – Myllymäki – Valtonen 2004: 308).

Kirurgiset ja erityisesti neurokirurgiset toimenpiteet herättävät potilaassa pelkoa ja epävarmuutta. Potilas tai omainen voi pelätä leikkauksessa yllättäen esiintyvää vaaratilannetta, joka voi aiheuttaa potilaan vammautumisen tai kuoleman (Leikola 2006: 61). Perks ym. (2009) tutkimuksessa potilaista 89 % koki ahdistusta ja pelkoa odottaessaan ennalta suunniteltuun aivojen alueen toimenpiteeseen. Eniten huolta ja ahdistusta aiheuttivat epätietoisuus leikkauksen tuloksesta, komplikaatioista, leikkauksen ajankohdasta ja siitä mitä tulee tapahtumaan sairaalajakson aikana (Perks – Chankravarti - Manninen 2009: 128). Vaikka aivojen alueen leikkaukseen tulevalla potilaalla voi olla puheen tai muistin ongelmia, pidetään tärkeänä, että hän saa keskustella ennen leikkausta neurokirurgin kanssa. Saattaa kuitenkin olla, ettei potilas muista mitään keskustelustaan (Jääskeläinen 2011:35; Perks ym. 2009: 129). Leikkauksen jälkeen potilaiden oma ruumiinkuva voi olla muuttunut ja he ovat huolestuneita tulevaisuudestaan. He haluavat tietää miten leikkaus ja nukutus ovat

sujuneet ja miten sairaus tulee jatkossa vaikuttamaan heidän elämäänsä. (Lepola-Louet – Aho: 2001:6-7.) Potilaat, joilla oli takanaan kasvaimeen kohdistunut leikkaus, pitivät tärkeänä, että heille kerrottiin kasvaimesta ja sen ominaisuuksista, kuten esimerkiksi siitä, jos kasvainta ei ollut voitu poistaa kokonaan ja riskinä oli kasvaimen uusiutuminen. Lisäksi potilaat halusivat tietää jatkohoitosuunnitelmien ja sairauden vaikutuksista työkykyyn, neurologisiin oireisiin ja muistiin. (Jääskeläinen 2011: 35.)

Hoitotyön tavoitteena on hoitaa, auttaa ja tukea potilasta ja hänen läheisiään sairauteen liittyvässä elämänvaiheessa (Holmia ym. 2004: 308). Neurokirurgisen potilaan kohdalla hoitotyö koostuu leikkaustoimenpiteeseen tulevan ja toimenpiteessä olleen potilaan hoidosta. (Salmenperä ym. 2002: 119–224.) Potilaiden huolellinen valmistaminen leikkausta tai toimenpidettä varten on lähtökohtana turvalliselle hoitotyölle (Lukkari – Kinnunen – Korte 2007: 133). Tähän kuuluu tärkeänä osana leikkausta edeltävä eli preoperatiivinen ohjaus. Se on hoitotyön keino tukea potilaan toipumista (Walker 2007: 31) ja kotona selviytymistä (Heino 2005: 104,107).

### 2.3 Opinnäytetyön toimintaympäristön kuvaus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Neurokirurgian klinikassa, joka on osa Helsingin seudun yliopistollista keskussairaala, tehdään leikkauksia vuositason noin 3200. Näistä päivystystoimenpiteitä on 40 %. Selkäkirurgiaa on noin tuhat, aivojen verisuonileikkauksia noin 500, kasvaimia leikataan noin 600 ja aivovammoja hoidetaan noin 600 vuosittain. (Neurosurgery Department 2010.) Toiminnallinen eli funktionaalinen neurokirurgia muodostaa lähes 10 % suunnitelluista neurokirurgisista toimenpiteistä (Blomstedt 2012).

Neurokirurgisten potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet. Keskimääräinen hoitoaika vuonna 2012 oli 3,14 vuorokautta (HUS- tilastot 2012a). Hoitoaikojen lyhenemiseen on vaikuttanut muun muassa preoperatiivisen käynti-järjestelmän aloittaminen vuoden 2010 loppupuolella. Potilaat voivat tulla sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna. Preoperatiivisella käynnillä potilas saa ohjausta hoitajalta, leikkaavalta lääkäriltä ja anestesia-lääkäriltä. Potilaalta kerätään esitietoja leikkauksen vaikuttavista tekijöistä (sairaudet, lääkkeet) ja toisaalta potilas saa tarvitsemiaan tietoja leikkauksesta ja toipumiseen vaikuttavista tekijöistä. Preoperatiivista ohjausta voidaan antaa myös puhelimitse.

Preoperatiivista käyntiä tarjotaan suunniteltuun eli elektiiviseen toimenpiteeseen tuleville potilaille. Ajallisesti preoperatiivinen vastaanottokäynti toteutetaan lähellä leikkausajankohtaa, keskimäärin viikkoa tai kahta ennen toimenpidettä. Vuoden 2012 aikana vastaanotolla on käynyt noin 1100 potilasta (HUS-tilastot 2012), joka on noin 57% elektiiviseen leikkaukseen tulevista potilaista. Preoperatiivista vastaanottokäyntijärjestelmää toteutetaan monitoimipoliklinikan tiloissa ja toiminnasta vastaa päätoimisesti kaksi sairaanhoitajaa sekä leikkausosaston vuorossa oleva anestesia lääkäri ja leikkaava neurokirurgi tai hänen sijaisensa (päivystäjä). Kipu- ja liikehäiriöpotilaiden potilaiden ohjauksessa mukana ovat leikkaava neurokirurgi ja anestesia lääkärin sekä sairaanhoitaja.

### **3 Potilaan ohjaus**

#### **3.1 Potilaan preoperatiivinen ohjaus**

Potilaan ohjaus ja neuvonta ovat oleellinen osa hoitotyötä ja potilaan hoitoa. Potilaan ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta hänen oman terveytensä, siihen liittyvien ongelmien ja hoidon hallinnassa (Heikkinen 2007). Suomessa tiedon välittämistä potilaalle velvoittaa laki (785/92). Sairaanhoitajan vastuuseen kuuluu varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen. Ei voida olettaa, että kaikki potilaat omaksuvat asioita samassa tahdissa. Sairastuminen aiheuttaa ihmiselle epätasapainotilan ja ohjauksen ymmärtäminen voi tällöin olla hankalaa. Riittävä ohjaus edesauttaa hoitoon sitoutumista ja sairauteen sopeutumista. (Ohtonen 2006.) Viime vuosina potilasohjauksen tarvetta on lisännyt lyhentyneet sairaalassaoloajat. Samaan aikaan hoitohenkilökunnalla on aikaisempaa vähemmän aikaa käytettävissä potilasohjaukseen. (Heikkinen 2007.) Varsinkin kirurgisten toimenpiteiden yhteyteen on kehitetty preoperatiivista käynti – järjestelmää, jonka avulla voidaan lisätä potilaan tietämystä, vähentää leikkauksiin liittyviä komplikaatioita, tehostaa leikkaustoimintaa ja parantaa samalla hoidon laatua (Kuusniemi – Haapoja – Pihlajamäki – Virolainen 2009: 231).

Kirurgisen hoidon suunnittelu lähtee diagnoosista ja leikkauspäätöksestä, ja siihen liittyy oleellisena potilaan ja omaisten informointi toimenpiteeseen liittyvistä yksityiskohdista, jotta potilaalla on toimenpiteeseen tullessaan realistinen käsitys

toimenpiteestä saatavasta hyödystä ja sen mahdollisista haitoista. Epärealistiset odotukset ovat suurin syy leikkauksen jälkeiseen tyytymättömyyteen, erityisesti potilailla, joiden lähtötilanne on huono. Potilaan hyvä preoperatiivinen informointi mahdollistaa hänen osallistumisensa päätöksentekoon. (Kuusniemi ym. 2009: 231) Preoperatiivinen ohjaus tukee potilasta leikkaukseen valmistautumisen lisäksi kotona tapahtuvaan paranemiseen (Heino 2005: 104, 107) sekä tukee ja vahvistaa potilaan turvallisuuden tunnetta että vähennetään potilaan ahdistusta ja pelkoa (Kääriäinen 2007: 27–28, 114–118). Potilaat pitävät ennen leikkausta tapahtuvaa ohjausta tärkeänä (Kaila - Kuivalainen 2007: 9). Ohjausta saaneet ovat vähemmän ahdistuneita ja tyytyväisempiä leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoonsa kuin ne, jotka eivät ole saaneet preoperatiivista ohjausta (Walker 2007: 29–31).

Leikkauspotilaiden sekä heidän hoitajiensa näkökulmasta tärkeimpinä tiedon alueina on pidetty sairauteen ja hoitoon liittyvää tietoa, kuten komplikaatioita ja niiden tunnistamista ja välttämistä. Toiseksi tärkeimpänä tiedon alueena on pidetty päivittäisiä toimintoja, kuten mitä voi tehdä ja mitä tulee välttää leikkauksen jälkeen. (Johansson 2006: 43; Eloranta – Vähätalo – Rasmus - Johansson 2010: 9; Leino-Kilpi 2010.) Aikaisemmissa tutkimuksissa neurokirurgiset potilaat ovat ilmaisseet samat asiat tärkeiksi (Lepola ym. 2001: 4; Leikola 2006: 53, 55). Nämä tiedon osa-alueet ovatkin tarpeellisia, jotta potilaat tietävät millaisesta hoidosta on kyse ja miten se vaikuttaa heidän päivittäisistä toiminnoista selviytymiseensä (Johansson 2006: 43; Eloranta ym. 2010: 9; Leino-Kilpi 2010).

Potilaan mielestä ohjaus on sisältänyt yksityiskohtaista lääketieteellistä tietoa, mutta ei riittävästi potilaan pelkoihin, huoliin ja tunteisiin (Montin- Johansson – Kettunen – Katajisto – Leino-Kilpi 2010: 248; Eloranta 2011) eikä kotiutumiseen ja selviytymiseen liittyvää tietoa (Leikola 2006: 62; Virtanen – Leino-Kilpi - Salanterä 2007: 34). Potilaiden mielestä potilaan kohteluun ja oikeuksiin liittyvää tietoa ei ohjauksessa ole juurikaan käsitelty (Eloranta ym. 2010: 8-9; Leino-Kilpi 2010.) Lisäksi potilaat ovat kokeneet, etteivät ole pystyneet vaikuttamaan ohjaamista koskevaan päätöksentekoon ja heille on jäänyt epäselväksi miten he voivat käyttää ohjauksessa annettua tietoa hyväksi omassa elämässään (Eloranta 2011). Epäselvät ja puutteelliset ohjeet ovat aiheuttaneet potilaalle ja omaiselle epävarmuutta ja turhautumista sekä siten haitanneet potilaan kokemusta toipumisesta (Leikola 2006: 60–62).

Potilaan ja hoitajan odotukset ohjauksesta sekä käsitykset ohjaustarpeista voivat olla hyvin erilaiset (Kyngäs ym. 2007: 32–34). Hoitohenkilökunta saattaa ohjauksessa painottaa toimenpiteestä ja sen tarkoituksesta, välineistä ja menettelytavoista sisältävää tietoa, kun taas potilas voi odottaa saavansa tietoa siitä mitä hän tulee kokemaan, näkemään, tuntemaan ja kuulemaan jonkin toimenpiteen aikana sekä siitä millainen on hänen roolinsa potilaana. Potilaan aktiivisen roolin omassa hoidossaan tiedetään edistävän toipumista ja kuntoutumista. (Kristoffersen Jahren – Nortverdt – Skaug 2006: 467-470.) Ohjauksessa on hoitajan vastuulla kannustaa potilasta aktiivisuuteen sekä välittää tietoa, että potilas tietää riittävästi omasta tilanteestaan ja hoidostaan. Hoitajan tulee varmistaa, että potilas pystyy saamansa tiedon avulla toimimaan omassa tilanteessaan. (Johansson – Nuutila – Virtanen – Katajisto – Salanterä 2005: 213; Eloranta ym. 2010: 4-5).

Leikkauspotilaan tarve ohjaukseen ja tietoon alkaa leikkauspäätöksestä ja jatkuu koko preoperatiivisen vaiheen aina sairaalaan tulovaiheesta, intra-operatiiviseen ja postoperatiiviseen vaiheeseen saakka (Suhonen – Leino-Kilpi 2006: 11; Kruzik 2009: 381,386) eli koko hoitopolun ajan. Heinon tutkimuksessa (2005) todettiin preoperatiivisen ohjauksen auttavan potilasta enemmän, jos ohjausta annetaan viikosta – neljään viikkoon ennen toimenpidettä tai leikkausta (Heino 2005: 58, 99). Usein preoperatiivista ohjausta käsittelevissä interventioissa on potilaalle lähetetty muutamia viikkoja aikaisemmin kirjallista materiaalia ja noin paria viikkoa ennen toimenpidettä/leikkausta on annettu suullista ohjausta joko vastaanottokäynnillä (Eloranta ym. 2010, Kristoffersen Jahren ym. 2006: 470) tai puhelimitse ja näin tuettu potilasta tiedon saamisessa (Johansson – Katajisto – Salanterä 2008).

### 3.2 Voimavaroja tukeva ohjaus

Voimavaroja tukeva ohjaus määritellään ohjaukseksi, jossa tuetaan potilasta löytämään ja kehittämään omia voimavarojaan ja näin potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999: 142; Rankinen ym. 2007: 113; Kyngäs ym. 2007: 4; Leino-Kilpi 2010). Voimavaraistuminen tarkoittaa potilaan kykyä hallita terveyteen liittyviä ongelmatilanteita ja niiden seurauksia elämässään. Voimavaraistumista ei voi antaa toiselle, mutta sitä voidaan tukea. Edellytyksenä on, että ohjauksessa saatava tieto vastaa potilaan tiedon tarpeita ja odotuksia. Lisäksi potilaalla on oltava mahdollisuus hyödyntää ohjauksessa saatua tietoa. (Leino-Kilpi ym. 1999: 142; Rankinen ym. 2007: 117–118; Johansson – Salanterä – Katajisto 2007: 89.)

Voimavaroja tukevan prosessin perustana olevaa tietoa voidaan tarkastella kuuden sisältöalueen avulla; biofysiologisen, toiminnallisen, sosiaalisen, kokemuksellisen, eettisen ja taloudellisen (Leino-Kilpi ym. 1999: 32, 142; Leino-Kilpi ym. 2005: 310; Johansson ym. 2005: 221; Rankinen ym. 2007: 116). **Biofysiologisen tiedon alueella** voimavaraistuminen muodostuu siitä, että potilas tuntee terveysongelmasta aiheutuvat fyysiset oireet ja tuntemukset sekä kokee osaavansa toimia niiden hallitsemiseksi. Potilaat odottavat tietoa sairaudesta, fyysisistä oireista sekä tuntemuksista, tutkimuksista, hoidosta, komplikaatioista, kivusta sekä lääkehoidosta. Tietoa odotetaan myös sairauden syistä ja riskitekijöistä sekä miten sairauden uusiutumista voisi estää. (Leino-Kilpi ym. 1999: 33; Leino-Kilpi ym. 2005: 310; Perks ym. 2009: 129) Kirurgiset potilaat odottavat tietoa myös kivun hoidon eri muodoista (Johansson – Mikkonen 2008: 59) sekä muun muassa nukutuksen vaikutuksista ja lääkkeiden sivuvaikutuksista. Lisäksi halutaan tietoa siitä, miltä leikkaushaava tuntuu ja miten liikkuminen vaikuttaa tuntemukseen, mihin leikkausviilto tulee ja miltä haava sidos näyttää, miltä virtsakatetri tuntuu, toimenpiteen kestosta, mitä leikkaussalissa tapahtuu ja miltä tarkkailussa näyttää. (Kristoffersen Jahren ym. 2006: 467–470.)

**Toiminnallisen tiedon alueella** voimavaraistuminen muodostuu siitä, että potilas kykenee toimimaan aktiivisesti. Potilas odottaa tietoa roolistaan potilaana, joka sisältää tietoa siitä miten potilaan tulee käyttäytyä ennen ja jälkeen toimenpiteen (Kristoffersen Jahren ym. 2006: 467–470) ja mitä omahoito kotona pitää sisällään. Myös apuvälineiden käyttöön ohjaava tieto auttaa varautumaan toipilasaikaan. (Leino-Kilpi ym. 1999: 33; Leino-Kilpi ym. 2005: 310; Johansson – Mikkonen 2008: 56, 60.) **Kokemuksellisen tiedon alueella** voimavaraistuminen muodostuu siitä, miten aikaisemmat kokemukset vaikuttavat ja miten niitä voidaan hyödyntää tähän hetkisen sairauden aiheuttaman tilanteen kohdalla (Leino-Kilpi ym. 1999: 34; Leino-Kilpi ym. 2005: 310). Potilaan aikaisempien kokemusten huomiointi auttaa varautumaan toipumisaikaan. Myös tieto toipumisen edistymisestä tukee potilaan selviytymistä ja hallinnan tunnetta. (Johansson – Mikkonen 2008: 57, 60.)

**Sosiaaliyhteisöllisen tiedon alueella** voimavaraistuminen muodostuu siitä, että potilas kokee pysyvänsä oman sosiaalisen yhteisönsä jäsenenä terveysongelmansa kanssa sekä potilaan sosiaalinen tukiverkko ja hoidollinen ympäristö tukevat ongelman hallintaa (Leino-Kilpi ym. 1999: 33; Leino-Kilpi ym. 2005: 310). Potilaat odottavat tietoa siitä, miten hän pärjää, kun pääsee kotiin. Tietoa odotetaan myös yhteiskunnan tuen

saatavuudesta, palveluista ja eduista sekä siitä miten niitä hankitaan. Tietoa odotetaan eri potilasjärjestöistä sekä siitä, mistä saada tukea läheiselle ja miten läheiset voivat tarvittaessa antaa tukeaan. (Johansson – Mikkonen 2008: 60.)

**Eettisen tiedon alueella** voimavaraistuminen muodostuu siitä, että potilas kokee itseään arvostettavan ainutlaatuisena yksilönä (Leino-Kilpi ym. 1999: 34). Potilaat odottavat tietoa oikeuksistaan ja vastuistaan sekä osallistumisestaan hoitoonsa että hoidon luottamuksellisuudesta (Leino-Kilpi ym. 2005: 310; Heikkinen ym. 2007: 275). Potilaalle saattaa olla epäselvää, mikä on hänen osuutensa omassa hoidossaan ja siihen liittyvässä päätöksenteossa. Potilaat odottavat tietoa myös siitä, millä perusteella eri potilaat saavat erilaista hoitoa tai mitkä ovat eri ammattiryhmien roolit. (Johansson ym. 2006: 126–127.) **Taloudellisen tiedon alueella** voimavaraistuminen muodostuu siitä, että potilas kykenee selviämään terveysongelmastaan taloudellisesti (Leino-Kilpi ym. 1999: 34; Leino-Kilpi ym. 2005: 310). Potilaat haluavat tietoa erilaisista kustannuksista, kuten kuntoutuksesta, hoidon jatkuvuudesta, sekä taloudellisista tukimuodoista ja vakuutusasioista (Rankinen ym. 2007: 116; Leino-Kilpi ym. 2005: 311.) Erityisesti sosiaaliturvaan liittyvät asiat kiinnostavat potilaita (Heikkinen ym. 2007: 275).

Ohjauksen keskittyminen jokaisen potilaan kannalta olennaisiin asioihin edellyttää ohjaajalta arviointia potilaan odotuksista. Rutiininomainen ohjaus sairauden tai toimenpiteen mukaan ei yleensä tuota toivottua ohjaustulosta ja tulos saattaa jäädä pinnalliseksi tiedon saanniksi. Onnistuessaan ohjaustulos kehittyy oman sairauden tai tilanteen syvälliseksi ymmärtämiseksi. Syvällinen ymmärtäminen lähtee potilaan aktiivisesta osallistumisesta ohjaukseen, potilaan aikaisemman tietämyksen tiedostamisesta ja sen hyväksi käyttämisestä. Ohjauksessa voidaan käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä ja näin tukea potilaan oppimista. (Virtanen – Leino-Kilpi – Salanterä 2009: 8.)

### 3.3 Ohjausmenetelmät

Ohjausmenetelmien vaihtelevalla käytöllä voidaan vahvistaa ohjauksen vaikutusta ja ylläpitää potilaan kiinnostusta ohjaukseen (Kääriäinen 2011: 42). On arvioitu, että potilaat muistavat 70–75 % siitä, mitä he näkevät, ja vain 10–40 % siitä, mitä he kuulevat (Kyngäs ym. 2007: 69; Walker 2007: 29). Jos potilaiden kanssa on käyty läpi ohjattavaa asiaa sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä, on heidän raportoitu

muistavan siitä jopa 90 % (Kyngäs ym. 2007: 69). Useissa tutkimuksissa on ohjauksen toteuttaminen useammalla kuin yhdellä menetelmällä osoittautunut vaikuttavammaksi potilaalle kuin yhdellä menetelmällä tai tavalla toteutettu ohjaus (Johansson – Salanterä – Katajisto 2007: 86; Walker 2007: 29; Johansson – Katajisto – Salanterä 2008: 36).

**Suullinen** ohjaus on yleisin ohjausmenetelmä, sitä voidaan toteuttaa **henkilökohtaisena** tai **ryhmäohjauksena**. Henkilökohtainen ohjaus on vuorovaikutteisinta, koska siinä potilaalla on mahdollisuus kysymysten esittämiseen, palautteeseen ja kertaamiseen, joka parantaa ohjatun asian muistamista. Potilaat arvostavat henkilökohtaista ohjausta sen sisältämän motivoinnin, tukemisen ja heidän taitojensa kehittämisen vuoksi. Ohjaus on tavoitteellista keskustelua potilaan tilanteeseen liittyvistä asioista. Henkilökohtaista ohjausta pidetään myös oppimisen kannalta tehokkaana menetelmänä, mutta toisaalta se vie paljon hoitajan aikaa. (Kyngäs ym. 2007: 70; Walker 2007: 29; Virtanen ym. 2009: 8.) Ryhmäohjaus tarkoittaa tiettyä tarkoitusta varten koottua ryhmää, kuten kertaluontoinen preoperatiivinen ohjausryhmä tai määräajoin kokoontuvat itsehoitoryhmät. Ryhmäohjaus voi olla voimavaraistumista lisäävä kokemus jäsenilleen, jossa saadun tiedon lisäksi tärkeää on myös jäsenten välinen vuorovaikutus eli vertaistuen saanti muilta ryhmäläisiltä. Ryhmäohjauksella on toisinaan mahdollista saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmäohjaus on myös taloudellisempaa, koska siinä voidaan ohjausta antaa suuremmalle joukolle yhtä aikaa. (Kyngäs ym. 2007: 100-104.)

**Kirjallinen ohjausmateriaali** tukee suullista ohjausta tai välittää itsenäisesti tietoa tulevista hoitoon liittyvistä asioista (kuten valmistautumisessa tutkimukseen, toimenpiteeseen tai kotiutumiseen). Potilaat omaksuvat asioita paremmin, jos voivat palata ohjeisiin ja tarkastaa tietoja myöhemminkin. Suulliseen ohjaukseen käytettävän ajan lyhentyminen on nostanut kirjallisen materiaalin käytön lisäämisen potilasohjauksessa esille. (Kyngäs ym. 2007: 124, 134; Walker 2007: 29–31.) Kirjallisen ohjausmateriaalin potilas voi kokea riittäväksi voimavaroja tukevan tiedon näkökulmasta, varsinkin jos hän tietää jo hoitoonsa liittyvistä asioista. Mutta potilaalla voi olla myös puutteellista, vääristynyttä tai virheellistä tietoa, joka voidaan tarkastaa käymällä ohjeet suullisesti läpi. Useissa tutkimuksissa on havaittu voimavaraistumista edistävän kokemuksen lisääntyvän tällä yhdistelmällä, vaikka suullinen ohjaus olisi



toteutettu puhelinohjauksena. (Johansson ym. 2007: 88–89; Johansson – Salanterä – Katajisto 2010: 2985–2986.) Kirjallisen ohjeen tulee olla ymmärrettävästi kirjoitettu, informatiivista ja sen tulee vastata potilaan tiedon tarpeisiin. Kuitenkin tutkimuksissa on myös havaittu, että kirjallisissa ohjeissa on puutteita sisällöissä ja ne ovat luettavuudeltaan vaikeita tai erittäin vaikeita. (Walker 2007: 29.)

**Havainnollistaminen** korostaa aistien avulla tehtävien havaintojen merkitystä eli opetus on havainnollista silloin, kun käytetään tarkoituksen mukaisella tavalla hyväksi eri aistien oppimiskanavia. Ohjauksessa käytettävillä videoilla ja kuvilla tai muilla havaintovälineillä, kuten hoitovälineillä, on mahdollista esitellä esimerkiksi kokemuksia, paikkoja, ohjeita ja tilanteita. Videot voivat olla hyödyllisiä erityisesti niille potilaille, joilla on hankaluuksia lukea kirjallista materiaalia. Video-ohjeet ovat olleet helposti vastaanotettava ja taloudellinen tapa antaa paljon tietoa oikea-aikaisesti. (Kyngäs ym. 2007: 122.) Havainnollistamisella tehtävän ohjauksen tarkoituksena on antaa potilaalle selvä kuva siitä, miten jotakin tehdään, kuten esimerkiksi sidoksen vaihto, ja näin tuetaan potilaan sitoutumista hoitoonsa. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 57–58, 60; Eloranta ym. 2010: 8–10.)

**Tietokoneen välityksellä** hoitohenkilökunta voi antaa ohjausta yksinkertaisimmillaan esimerkiksi sairaalan omien tietokoneiden välityksellä, jolloin tarkoitetaan sähköistä tiedon jakamisesta potilaille. Etuna tietokoneavusteisessa ohjauksessa on se, että sähköiseen materiaaliin voidaan tehdä potilaskohtaisia muutoksia tarpeen mukaan. Tavallisempaa kuitenkin on, että ohjaus välitetään potilaalle internetin välityksellä joko potilaan oman sähköpostin kautta tai suorina linkkeinä internetin sivustoille. Internetin välityksellä potilaat voivat yksilöllisesti ja itsenäisesti valmistautua leikkaukseen itselleen sopivana ajankohtana ja haluamassaan ympäristössä. Ohjausmuoto mahdollistaa myös läheisten aktiivisen osallistumisen leikkaukseen valmistautumiseen ja siitä toipumiseen. Potilaiden tiedon taso ja kokemus tiedon riittävydestä lisääntyivät enemmän Internet ohjauksen avulla kuin perinteisen sairaanhoitajan suullisesti välittämän ohjauksen avulla. (Heikkinen – Leino-Kilpi – Nummela – Kaljonen – Salanterä 2010: 287; Heikkinen ym. 2008: 276–277). Tosin Internet ohjaus on vielä melko vähäistä, vaikka tutkimuksissa sen hyötyinä on tuotu esille ohjeiden yhdenmukaisuus, hoitajan ajan säästyminen sekä helppo ajallinen saatavuus (Kyngäs ym. 2007: 122; Heikkinen ym. 2010: 287–288).

Potilaan tiedon saantia voimavaroja tukevan ohjauksen näkökulmasta on tutkittu lukuisissa tutkimuksissa eri potilasryhmissä, niin pitkäaikaissairauksien yhteydessä kuin kirurgisen toimenpiteenkin yhteydessä. Tutkimuksissa on tiedon sisältö alueiden lisäksi tutkittu myös eri ohjaustapojen merkitystä voimavaraistumisen kokemukseen. Neurokirurgisen leikkauksen läpikäyminen aiheuttaa suurimmalle osalle potilaista stressiä ja ahdistusta. Leikkaushoidon jälkeen neurokirurgiset potilaat ovat usein pitkään sairauslomalla tai jopa pysyvästi työkyvyttömiä. Tämän vuoksi voimavaroja tukeva ohjaus on tärkeää. Voimavaroja tukeva potilasohjaus perustuu potilaslähtöisyyteen ja potilaan ilmaisemaan tarpeeseen. Tutkimuksen avulla kartoitetaan onko potilas kokenut saaneensa tarvitsemaansa tietoa ja mitä ohjauskeinoja on käytetty.

#### **4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata voimavaroja tukevan ohjauksen toteutumista neurokirurgisen potilaan näkökulmasta. Saatavaa tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä potilaan leikkausta edeltävää ohjausta.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitä tietoa neurokirurgiset potilaat ovat kokeneet ohjauksessa saaneensa?
2. Mikä on potilaan mielestä paras aika saada ohjausta ennen leikkausta tai toimenpidettä?
3. Millä menetelmällä potilaan mielestä ohjausta tulisi toteuttaa ennen leikkausta tai toimenpidettä?

#### **5 Menetelmät**

##### **5.1 Mittari**

Tutkimuksessa kyselylomakkeena käytettiin Sairaalapotilaan tiedon saanti (SPTS) – mittaria (©Leino-Kilpi - Salanterä - Hölttä 2003). Sairaalapotilaan tiedon saanti - kyselylomake sisältää 40 väittämää, jotka kartoittavat potilaan kokemuksia tiedonsaannista. Kysymykset perustuvat tiedon sisältöalueisiin voimavaraistumisen muodostumisessa pitkäaikaisen terveysongelman yhteydessä sekä käsitykseen potilasohjauksesta voimavaraistumista tukevana interventiona (Leino-Kilpi ym. 1999:

33–34; Heikkinen ym. 2007: 273). Kyselylomakkeen väittämät on jaoteltu kuuteen voimavaraistumista tukevan tiedon alueeseen: biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, eettinen, sosiaalisyhteisöllinen ja taloudellinen ulottuvuus.

Biofysiologinen alue sisältää sairauteen liittyviin oireisiin, tutkimuksiin, hoitoon ja komplikaatioihin liittyvät kysymykset (8 kpl). Toiminnallisessa alueessa käsitellään tietoa jokapäiväisistä toiminnoista selviytymisessä; levosta, liikkumisesta, ravinnosta, hygieniasta, elintoiminnoista ja apuvälineistä (8 kpl). Kokemuksellisessa alueessa käsitellään tunteita sekä aikaisempaa tietoa sairaudesta ja sairaalakokemuksista (3 kpl). Eettinen alue sisältää tietoa päätöksen teosta, osallistumisesta, oikeuksista ja vastuusta sekä luottamuksellisuudesta (9 kpl). Sosiaaliyhteisöllinen alue huomioi läheisten ja eri ammattiryhmien välittämän tiedon ja tuen (6 kpl). Taloudellisessa alueessa käsitellään tieto kustannuksista, jotka liittyvät toipumiseen, vakuutukseen, kuntoutumiseen ja lääkitykseen (6 kpl).

Kyselylomakkeen väittämissä käytetään 4-portaista asteikkoa, jossa 1 tarkoittaa ”Täysin samaa mieltä” ja 4 tarkoittaa ”Täysin eri mieltä”. Tässä opinnäytetyössä vastaajille annettiin vastausvaihtoehdoksi myös ”Ei koske minua” eli 0-vaihtoehto. Taustamuuttujissa (8 kpl) kysyttiin potilaan ikää, sukupuolta, mikä leikkaus oli kyseessä, onko aikaisemmin leikattu, leikkausta edeltävän ohjauksen antaja, ohjauksen toteutustapa, ohjauksen ajankohta, sekä miten ohjaus toivotaan toteutettavan ja milloin. Lopussa oli avoin kysymys, jonka tarkoituksena oli tuottaa lisätietämystä siitä, mitä tietoa neurokirurgiset potilaat toivoivat saavansa preoperatiivisessa ohjauksessa.

Tutkimuksessa käytetty Sairaalapotilaan Tiedon Saanti (SPTS) - kyselylomake (©Leino-Kilpi – Salanterä – Hölttä 2003) ei vaatinut esitestausta, koska sitä on käytetty jo aiemmin tutkittaessa kirurgisten potilaiden tiedon saantia (Rankinen ym. 2007; Montin ym. 2010) ja koska kyselylomakkeeseen saatu lupa edellytti sen käyttöä alkuperäisessä muodossa. Taustakysymykset poikkeavat aikaisemmissa kyselyissä käytetyistä, joten niiden vuoksi kyselylomake esitestattiin 10 potilaalla. Vastaajista kaksi esitti kritiikkiä kyselyn pituudesta ja yksi siitä, että ohjausta ei voi erottaa vain koskemaan preoperatiivista vaihetta, koska ohjausta saa ja halutaan koko sairaalajakson ajan. Näiden pohjalta kyselylomakkeeseen ei tehty muutoksia.

## 5.2 Aineisto

Tutkimuksen perusjoukko koostui preoperatiivista ohjausta saaneista elektiiviseen toimenpiteeseen tulleista neurokirurgisista potilaista. Edustava otos edellytti, että tutkimusajankohtana kaikki sisäänottokriteerit täyttävät potilaat olisi valittu tutkimukseen. Sisäänottokriteerinä tähän tutkimukseen osallistumiselle olivat:

- 1) potilas pystyi itsenäisesti vastaamaan kyselyyn
- 2) potilas oli suomenkielinen,
- 3) potilas oli 18-vuotias tai vanhempi,
- 4) potilas osallistui tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Hylkäämiskriteerit tutkimukseen osallistumiselle olivat:

- 1) potilas ei ollut saanut preoperatiivista ohjausta,
- 2) potilas oli dementoitunut tai sekava.

Tutkimusaineisto kerättiin kahdessa osassa: 29.3.2012 – 6.6.2012 ja 6.8.2012 – 28.9.2012 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neurokirurgisilla vuodeosastoilla potilailta, jotka olivat saaneet preoperatiivista ohjausta joko vastaanottokäynnillä tai puhelinohjauksena. Tiedot kerättiin strukturoidulla koodaamattomalla kyselylomakkeella, joka annettiin potilaalle täytettäväksi ennen kotiutumista. Mukana oli saatekirje, jossa selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, eettiset kysymykset sekä tutkimuksen tekijän että ohjaajien yhteystiedot ja tutkijan nimellä varustettu palautuskuori. Potilaita ohjattiin myös suullisesti tutkimuksen tarkoituksesta ja korostettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta. Potilat ohjattiin palauttamaan vastaukset suljetussa kuoressa osastolla olevaan laatikkoon tai hoitajalle. Potilaan palauttama vastauslomake tulkittiin tietoiseksi suostumukseksi.

Tarkoituksena oli jakaa kyselylomakkeita 200 potilaalle. Koska ensimmäisessä jaksossa kyselylomakkeita oli jaettu vasta 96 kappaletta, joka oli alle puolet alkuperäisestä tavoitteesta, jatkettiin kyselyä vielä kesälomien jälkeen. Kaikkiaan kyselylomakkeita jaettiin 146 potilaalle. Vastauksia palautui kaikkiaan 126 (86,3 %), joista kaksi hylättiin. Hylätyistä toinen kysely palautettiin suljetussa kuoressa täysin tyhjänä ja toiseen oli vastattu vain esitiedot. Kaikkiaan hyväksytyjä kyselylomakkeita oli 124, vastausprosentin ollessa 84,9 %.

### 5.3 Aineiston analyysi

Aineisto käsiteltiin ja analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen SPSS:n PASW Statistics 18 – ohjelmaa. Puuttuvien tietojen syöttö toteutettiin käytettävän tilasto-ohjelman mukaisesti jättämällä ruutu tyhjäksi. Kokonaiskuvan saamiseksi aineiston kuvailu suoritettiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssijakaumia ja tunnuslukuja. Potilaan kokemasta tiedonsaannista muodostettiin summamuuttujat. Ensin väittämien arvot käännettiin päinvastaisiksi eli 4 = täysin samaa mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä. Sen jälkeen summamuuttujat muodostettiin teorialähtöisesti siten, että väittämistä muodostettiin pitkäaikaisen terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöalueiden ja voimavaraistavan tiedon ulottuvuuksien mukaiset kuusi summamuuttujaa. Tämä tehtiin laskemalla yhteen samankaltaista ominaisuutta mittaavien muuttujien vastauskoodit yhteen sekä jakamalla näin saatu summa muuttujien lukumäärällä. (Heikkilä 2004: 138.)

Summamuuttujien reliabiliteettia tarkasteltiin laskemalla Cronbachin alfa-kertoimet ja tutkimalla osioanalyysin avulla yksittäisten kysymysten sopivuutta mittariin. Taustatekijäyhteyksien selvittämiseksi kaksiluokkaisten muuttujien osalta luokkien vertailu tehtiin Mann-Whitney U-testillä, koska normaalijakautuneisuus-testeillä havaittiin hajontaa otoskeskiarvoissa. Järjestysasteikollisten taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujiin tutkittiin Spearmanin korrelaatiokertoimin. Usean riippumattoman otoksen testeissä käytettiin Kruskal- Wallisin H-testiä. Kaikissa testeissä tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin p-arvoa, joka oli 0,05 tai pienempi. (Heikkilä 2004: 203, 206, 224, 233–235.)

Kyselylomakkeen loppuun sisältyi yksi avoin kysymys. Avoimen kysymyksen avulla vastaajan oli mahdollista sanoa vapaasti, mitä hänellä on mielessään, koska monivalintakysymysten vastaukset on vaihtoehtoihin rajattuja. Avoimen kysymyksen avulla on mahdollista saada uusia näkökulmia ja parannusehdotuksia. Avoin kysymys analysoitiin sisällön erittelyllä. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan kvantitatiivista dokumenttien analyysia, jossa kuvataan määrällisesti jotakin tekstin sisältöä. Tutkimusongelmasta riippuen voidaan esimerkiksi laskea tiettyjen sanojen esiintymistiheyttä tietyissä dokumenteissa. (Valli 2001: 45–46.)

## 6 Tulokset

### 6.1 Vastaajat

Kyselyyn vastanneista potilaista naisia oli yli puolet eli 59,7 % ja miehiä heistä oli 40,3 %. Vastaajien keski-ikä oli 51,7 vuotta, vaihteluväli oli 18 – 81 vuotta. Yksi vastaajista ei ilmoittanut ikäänsä. Reilulla enemmistöllä vastanneista neurokirurgisista potilaista (f=105) oli aikaisempaa kokemusta leikkauksesta. Yksi vastaaja ei ilmaissut oliko hänellä kokemusta aikaisemmasta kirurgisesta toimenpiteestä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Taustatekijät

	f	%
<b>Sukupuoli (n = 124)</b>		
<b>nainen</b>	74	59,7
<b>mies</b>	50	40,3
<b>Aikaisempi leikkauskokemus (n=123)</b>		
<b>kyllä</b>	105	85,4
<b>ei</b>	18	14,6
<b>Leikkauksen kohde (n=119)</b>		
<b>pään alue</b>	55	46,2
<b>selkäranka</b>	47	37,9
<b>muu neurokirurginen toimenpide</b>	17	13,7

Vastanneista potilaista 52:lla (41,9 %) leikkaus kohdistui aivojen tai päänaalueelle (esimerkiksi aivokasvaimen poisto tai osapoisto, aivoverisuoniin liittyviä ligeeraus tai epämuodostuman poisto, aivoleikkaus, kallon luun korjaus). Koska vain kolmella (2,4 %) vastaajalla toimenpiteen kohteena oli aivoselkäydinnestekierron häiriöön kohdistuva leikkaus (suntti, likvorvuodon paikkaus), yhdistettiin heidät luokittelussa pään alueen toimenpiteisiin, jolloin heitä oli kaikkiaan 46,2 %. Selkärankaan (muun muassa kaularangasta lannerankaan kohdistuvat välilevyn pullistumat, avarusleikkaukset, luudutukset sekä selkäytimen kasvaimen poisto) kohdistuvia leikkauksia tai toimenpiteitä oli 47 potilaalla (37,9 %). Muita neurokirurgisia toimenpiteitä (kuten DBS, epiduraalstimulaattori, EP-tutkimuksessa elektrodit aivokuorelle, ohimolohkon poisto, elektrokoagulaatio, mikrokirurginen dekompressio) oli tehty 37 potilaalle (13,7 %). Viisi vastaajaa (4 %) ei ilmoittanut, mikä toimenpide/leikkaus hänelle tehtiin tällä hoitojaksolla. (Taulukko 1).

## 6.2 Neurokirurgisen potilaan kokemus ohjauksessa saamastaan tiedosta

Vastaajien tiedon saantia tutkittiin 40 väittämän avulla, jotka jaettiin kuuteen summamuuttujaan voimavaraistavan tiedon ulottuvuuksiin perustuen. Summamuuttujia muodostettaessa jätettiin vastausvaihtoehto ”ei koske minua” pois, koska tällöin vastaajan ei katsottu saaneen tietoa kyseisestä asiasta, mutta toisaalta hänellä ei tulkittu olevan siihen tarvetakaan.

Vastaajat kuvasivat saaneensa eniten tietoa biofysiologisella (sairaus, hoito, komplikaatiot) alueella (ka 3,36). Seuraavaksi eniten tietoa vastaajat saivat toiminnallisella (jokapäiväisissä toiminnoista selviytyminen) alueella (ka 3,19). Kolmanneksi eniten vastaajat kokivat saaneensa tietoa kokemuksellisella (tunteet, aikaisemmat kokemukset) (ka 2,82) ja eettisellä (oikeudet, vastuut, osallistuminen, luottamuksellisuus) (ka 2,76) tiedon alueella. Vähiten tietoa (ka 2,01) oli saatu vastaajien mielestä taloudellisella (kustannukset ja etuudet) ja sosiaaliyhteisöllisen (läheisten ja eri ammattiryhmien tuki) (ka 2,45) alueella. Vastauksia oli eniten biofysiologisen ja kokemuksellisen tiedon osa-alueeseen ja vähiten taloudellisen ja sosiaaliyhteisöllisen tiedon osa-alueissa. (Taulukko 2).

Taulukko 2. Potilaiden arvio saamastaan tiedosta summamuuttujittain

Summamuuttuja	n	md	ka	ha	Cronbachin alfakerroin
<b>Biofysiologinen alue</b>	96	3,56	3,36	0,652	0,90
<b>Toiminnallinen alue</b>	67	3,25	3,19	0,643	0,89
<b>Kokemuksellinen alue</b>	94	3,00	2,82	0,961	0,85
<b>Eettinen alue</b>	81	2,67	2,72	0,827	0,92
<b>Sosiaaliyhteisöllinen alue</b>	62	2,33	2,45	0,885	0,90
<b>Taloudellinen alue</b>	56	2,00	2,01	1,022	0,97

md= mediaani, ka= keskiarvo, ha= keskihajonta. Arviointi: neljäportainen Likert-asteikko (1= täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä), mitä suurempi keskiarvo, sitä enemmän saanut tietoa

Puuttuvia vastauksia oli merkittävästi kaikissa summamuuttujissa, mutta eniten taloudellisen (54,8 %, n=68), sosiaaliyhteisöllisen (50 %, n=62) ja toiminnallisen (46 %, n=57) tiedon alueilla. Tämän johdosta tarkastellaan tiedon alueilta lähemmin ja huomioidaan puuttuvissa vastauksissa ”Ei koske minua” vastausvaihtoehto kunkin tiedon alueen väittämien tarkastelussa.

### 6.2.1 Tiedon saanti biofysiologisen tiedon alueella

Biofysiologisen tiedon alueella saatiin eniten tietoa siitä, miten leikkaukseen valmistaudutaan, minkälaisia oireita sairauteen liittyy ja milloin on syytä hakeutua hoitoon oireiden pahentuessa sekä mitä leikkauksessa tapahtuu. Vastaajista enemmistö (92,5 %) oli joko ”täysin samaa mieltä” tai ”jokseenkin samaa mieltä” siitä, että olivat saaneet tietoa, kuinka voi valmistautua leikkaukseen tai tutkimuksiin. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 88,5 % vastaajista siitä, että olivat saaneet tietoa, minkälaisia oireita sairauteen liittyy. Vain yksi vastaaja koki, ettei väite koske häntä. Kolmanneksi eniten (87,4 %) vastaajat kokivat saaneensa tietoa siitä, milloin on otettava oireiden pahentuessa yhteyttä hoitopaikkaan. Vähiten (78,0 %) vastaajat kokivat saaneensa tietoa siitä, miten voi itse estää komplikaatioita. Ja melkein saman verran (79,7 %) vastaajia oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että olivat saaneet tietoa hoitoon liittyvistä komplikaatioista. Vain kahta vastaajaa ei koskenut tiedon saanti hoitoonsa liittyvistä komplikaatioista, kun taas kahdeksan koki, ettei tieto miten voi itse estää komplikaatioita, koskenut heitä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Biofysiologisen tiedon alueen vastausten jakautuminen samaa ja eri mieltä oleviin väittämisiin

Biofysiologinen tiedon alue	Täysin tai jokseenkin samaa mieltä f (%)	Täysin tai jokseenkin eri mieltä f (%)	Ei koske minua n
Sairauteeni liittyneistä oireista (n=122)	108 (88,5)	14 (11,5)	n=1
Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa (n=119)	104 (87,4)	15 (12,6)	n=1
Minulle tehdyistä tutkimuksista (n=122)	105 (86,1)	17 (13,9)	n=0
Miten minun olisi pitänyt valmistautua tutkimuksiin (n=120)	111 (92,5)	9 (7,5)	n=0
Miten saan tietoa tutkimuksen tuloksista (n=119)	97 (81,5)	22 (18,5)	n=2
Erilaisista hoitovaihtoehtoista (n=111)	91 (82,0)	20 (18,0)	n=10
Hoitooni liittyneistä mahdollisista komplikaatioista (n=118)	94 (79,7)	24 (20,3)	n=2
Miten voisin itse estää komplikaatioita (n=109)	85 (78,0)	24 (22,0)	n=8

f= frekvenssi, %= prosenttiosuus, (asteikko 1-4, 1= täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä, mitä suurempi keskiarvo, sitä enemmän saanut tietoa)



Tehdystä tutkimuksesta tai leikkauksesta vastaajat kokivat saaneensa tietoa. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 86,1 % vastanneista. Mutta vain 81,5 % vastanneista koki saaneensa tietoa siitä, miten saa tietoa tutkimuksen tai toimenpiteen tuloksista. Avoimessa kysymyksessä vastaajat toivatkin esille, että tietoa tarvitaan siitä, miten leikkaus on mennyt ja mitä se tarkoittaa kuntoutumisen ja jatkohoidon kannalta kannalta. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että oli saanut tietoa, erilaisista hoitovaihtoehdoista oli saanut 82,0 % vastanneista. Jopa 10 vastaajaa ilmaisi, ettei asia koske heitä.

#### 6.2.2 Tiedon saanti toiminnallisen tiedon alueella

Toiminnallisen tiedon alueella eniten tietoa saatiin siitä milloin voi kastella haavan leikkauksen jälkeen eli milloin voi peseytyä. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 93,3 % vastanneista. Vain kaksi vastaajaa koki, ettei asia koskenut heitä. Toiseksi eniten vastaajat kokivat saaneensa tietoa siitä, millaista liikuntaa he voivat harjoittaa leikkauksen jälkeen. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 88,2 % vastanneista. Tieto liikunnan rajoituksista ei koskenut neljä vastaajaa. Kolmanneksi eniten tietoa oli saatu siitä, miten voi toimia henkilökohtaisten tarpeitten hoitamiseksi sairaalassa. Tätä mieltä oli 86,1 % vastaajista. Kolme vastaajaa oli sitä mieltä, ettei asia koskenut heitä. Ruokavaliosta koki saaneensa tietoa vain 58,6 %, jotka olivat valinneet vaihtoehdon ”täysin samaa mieltä” tai ”jokseenkin samaa mieltä”. Ruokavaliota koskevaan väittämään oli vastannut vain 94 vastaajaa. Puuttuvien vastauksien joukossa oli 22, jotka olivat valinneet ”ei koske minua” vaihtoehdon. (Taulukko 4.)

Levon merkityksestä ja määrästä toipumisen aikana oli saatu tietoa. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 81,0 % vastanneista. Siitä, mistä saa tarvittavat hoidon apuvälineet, oli saanut tietoa 75,9 % vastanneista. Väittämään oli tosin vastannut vain 87 vastaajaa. Puuttuvien vastauksien joukossa oli 33, jotka olivat valinneet ”ei koske minua” vaihtoehdon. Melkein yhtä suuri joukko (n=90) oli vastannut väittämään ja melkein saman verran koki (30), ettei heitä koske tieto, siitä miten sairaus ja hoito vaikuttivat kotona tehtäviin järjestelyihin. Asiasta taas koki saaneensa tietoa 72,2 %, jotka olivat valinneet vaihtoehdon täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Sairauden ja hoidon vaikutuksesta eritystoimintaan oli saanut tietoa osa. 72,2 % koki olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä asiasta. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Toiminnallisen tiedon alueen vastausten jakautuminen samaa ja eri mieltä oleviin väittämittäin

Toiminnallinen tiedon alue	Täysin tai jokseenkin samaa mieltä  f (%)	Täysin tai jokseenkin eri mieltä  f (%)	Ei koske minua
Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/ poliklinikalla (n=115)	99 (86,1)	16 (13,9)	n=3
Millaista liikuntaa voin harjoittaa (n=119)	105 (88,2)	14 (11,8)	n=4
Miten paljon minun tulee levätä (n=116)	94 (81,0)	22 (19,0)	n=4
Millainen on minulle soveltuva ruokavalio (n=94)	55 (58,5)	39 (41,5)	n=22
Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun/ kylpyyn/saunaan) (n=119)	111 (93,3)	8 (6,7)	n=2
Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa eritystoimintaani (esim. hikoiluun, virtsaamiseen, ulostamiseen) (n=104)	65 (72,2)	25 (27,8)	n=16
Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. allergia-saneeraus, kotiapu) (n=90)	65 (72,2)	25 (27,8)	n=30
Mistä saan tarvitsemiani hoidon apuvälineitä (esim. liikkumiseen, haavan hoitoon, syömiseen) (n=87)	66 (75,9)	21 (24,1)	n=33

f= frekvenssi, %= prosenttiosuus, (asteikko 1-4, 1= täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä, mitä suurempi keskiarvo, sitä enemmän saanut tietoa)

### 6.2.3 Tiedon saanti kokemuksellisen tiedon alueella

Kokemuksellisen tiedon alueella eniten vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että oli saanut tietoa sairauden ja hoidon aiheuttamista tunteista. Tätä mieltä oli 65,5 % vastanneista. Puuttuvia vastauksia oli 14 ja heistä 11 koki, ettei asia koske heitä. Toiseksi eniten tietoa oli saatu aikaisempien kokemusten hyödyntämisessä nykyisessä hoidossa. Tätä mieltä oli 64,4 % vastanneista. Siitä, kenen kanssa voi keskustella sairauteen ja hoitoon liittyvistä tunteista, oli saanut tietoa (täysin tai jokseenkin samaa mieltä) 62,7 % vastanneista. Lisäksi 11 vastaajaa ilmaisi, ettei asia koske heitä. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Kokemuksellisen tiedon alueen vastausten jakautuminen samaa ja eri mieltä oleviin väittämittäin.

Kokemuksellinen tiedon alue	Täysin tai jokseenkin samaa mieltä  f (%)	Täysin tai jokseenkin eri mieltä  f (%)	Ei koske minua
Minkälaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa (n=110)	72 (65,5)	38 (34,5)	n=11
Kenen kanssa voin keskustella sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista (n=110)	69 (62,7)	41 (37,3)	n=11
Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa (n=101)	65 (64,4)	36 (35,6)	n=20

f= frekvenssi, %= prosenttiosuus, (asteikko 1-4, 1= täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä, mitä suurempi keskiarvo, sitä enemmän saanut tietoa)

Kokemuksellisen tiedon alueella vastaajien kuvaamat kokemukset saamastaan tiedon määrästä olivat melko tasaisia. Mutta tiedon määrä oli melko vähäistä eli potilaan aikaisempia kokemuksia ei huomioida eikä hyödynnetä. Kuitenkin yli 85 % vastanneista oli aikaisempaa kokemusta leikkauksesta. Toisaalta eniten puuttuvia vastauksia oli (23 kappaletta) aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämisen kohdalla ja heistä oli 20 valinnut ”ei koske minua” vaihtoehdon.

#### 6.2.4 Tiedon saanti eettisen tiedon alueella

Eettisen tiedon alueella eniten koettiin tietoa saadun siitä, mikä on oma vastuu hoidon onnistumisessa. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämästä oli 80,5 % vastanneista. Kuusi vastaajaa ilmaisi, ettei asia koske heitä. Seuraavaksi eniten tietoa oli saatu, siitä miten voi saada omat toiveensa kuuluviin hoidon aikana. Tätä mieltä vastaajista oli 76,3 %, jotka oivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Seitsemän vastaajaa oli valinnut vastausvaihtoehdon ”ei koske minua”. Kolmanneksi parhaiten potilaille oli selvitetty miten potilastiedot pysyvät salassa. Vastaajista 74,6 % oli tätä mieltä. Vain kolme vastaajaa oli ilmaissut, ettei kyseinen tieto koske heitä. Alle puolet (47,3 %) vastaajista oli saanut tietoa siitä, miten voi tutustua potilasasiakirjoihin. Mutta vain 63,1 % vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että sai tietoa siitä, miten voi osallistua hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon. Yhdeksän vastaajaa ilmaisi, ettei asia koske heitä. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Eettisen tiedon alueen vastausten jakautuminen samaa ja eri mieltä oleviin

Eettinen tiedon alue	Täysin tai jokseenkin samaa mieltä  f (%)	Täysin tai jokseenkin eri mieltä  f (%)	Ei koske minua
Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon (n=111)	70 (63,1)	41 (36,9)	n=9
Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville (n=114)	87 (76,3)	27 (23,7)	n=7
Mitä oikeuksia minulla sairaalassa oli (n=115)	83 (72,2)	32 (27,8)	n=4
Mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiseksi (n=113)	91 (80,5)	22 (19,5)	n=6
Potilasasiamiehen toiminnasta (n=92)	30 (32,6)	62 (67,4)	n=24
Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastuualueet oli määritelty (n=113)	57 (50,4)	56 (49,6)	n=8
Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa (n=118)	88 (74,6)	30 (25,4)	n=3
Kenelle minua koskevia tietoja annettiin (n=116)	77 (66,4)	39 (33,6)	n=3
Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini (n=112)	53 (47,3)	59 (52,7)	n=4

f= frekvenssi, %= prosenttiosuus, (asteikko 1-4, 1= täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä, mitä suurempi keskiarvo, sitä enemmän saanut tietoa)

Potilastietojen salassa pysymisestä oli informoitu vastaajia kohtalaisesti. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että oli saanut tietoa asiasta, oli 74,6 % vastanneista. Vain kolme ilmaisi, ettei asia koskenut heitä. Lähes yhtä suuri joukko vastaajia oli saanut tietoja oikeuksistaan sairaalassa: Täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 72,4 % vastanneista. Puuttuvia vastauksia tähän väittämään oli kaikkiaan 9 ja heistä ”ei koske minua” vaihtoehdon oli valinnut 4. Täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että oli saanut tietoa siitä, kenelle potilastietoja annetaan, oli 66,4 % väittämään vastanneista. Tähän väittämään vain 3 vastaajaa ilmaisi, ettei asia koske heitä. (Taulukko 6.)

Potilasasiamiehen toiminnasta tietoa saaneista, täysin tai jokseenkin samaa mieltä, oli vain 32,6 % vastanneista. Tämän väittämän kohdalla oli 24 vastaajaa, jotka kokivat, ettei asia koske heitä. Puolet (50,5 %) vastanneista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että oli saanut tietoa eri ammattiryhmien vastuualueista. Puuttuvan 11 vastauksen joukossa oli kahdeksan vastaajaa, jotka kokivat, ettei asia koske heitä.

### 6.2.5 Tiedon saanti sosiaaliyhteisöllisen tiedon alueella

Sosiaaliyhteisöllisen tiedon alueella vastaajat kokivat saaneensa tietoa siitä, miten läheinen saa tietoa sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa sekä miten läheinen voi osallistua hoitoon. Vastaajista 66,1 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että oli saanut tietoa siitä, keneltä läheinen saa tietoja. Hoitoon osallistumisesta arvioi saaneensa tietoa 59,5 % vastanneista. Eniten puutteita vastaajat kokivat tiedon saannissa liittyen potilasjärjestöjen toimintaan sekä mistä saa tarvittaessa tukihenkilön sairaalajakson jälkeen. Potilasjärjestöjen toiminnasta 69,5 % vastaajista oli täysin tai jokseenkin eri mieltä, että olisi saanut siitä tietoa. Mahdollisesti kotiutumisen jälkeen tarvittavasta tukihenkilöstä ei kokenut saaneensa tietoa ollenkaan tai vain jonkin verran 62,7 % vastanneista. Puuttuvien vastausten joukossa oli 27 vastaajaa, jotka ilmaisivat, ettei asia koskenut heitä. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Sosiaaliyhteisöllisen tiedon alueen vastausten jakautuminen samaa ja eri mieltä oleviin väittämittäin

Sosiaaliyhteisöllinen tiedon alue	Täysin tai jokseenkin samaa mieltä f (%)	Täysin tai jokseenkin eri mieltä f (%)	Ei koske minua
Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvissä asioissa (n=118)	78 (66,1)	40 (33,9)	n=3
Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni (n=111)	66 (59,5)	45 (40,5)	n=8
Mistä saan halutessani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen (n=91)	34 (37,4)	57 (62,6)	n= 27
Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitopaikan (n=89)	48 (53,9)	41 (46,1)	n=29
Miten voin tavata sairaalapapin/-teologin (n=76)	30 (39,5)	46 (60,5)	n=41
Potilasjärjestöjen toiminnasta (n=82)	25 (30,5)	57 (69,5)	n=35

f= frekvenssi, %= prosenttiosuus, (asteikko 1-4, 1= täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä, mitä suurempi keskiarvo, sitä enemmän saanut tietoa)

Mahdollisesti tarvittavasta jatkohoitopaikasta vain puolet vastaajista (53,9 %) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että oli saanut asiasta tietoa. Mahdollisuudesta tavata sairaalapappi tai siitä, miten häneen saa yhteyden oli, saanut tietoa vain 39,5 % vastaajista, jotka olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä asiasta. Jopa 41 vastaajaa ilmaisi, ettei tarvitse tätä tietoa tai se ei koske heitä.

### 6.2.6 Tiedon saanti taloudellisen tiedon alueella

Taloudellisella tiedon alueella vastaajat kokivat saaneensa huonosti tietoa niin lääkehoidon kustannuksista kuin yhteiskunnan tarjoamista palveluista ja etuuksista sekä jatkohoidon ja kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista että kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista. Yhdistämällä vastausvaihtoehdot ”täysin eri mieltä” ja ”jokseenkin eri mieltä”, havaitaan, että yli puolet vastaajista ei kokenut saaneensa tietoa ollenkaan tai vain jonkin verran edellä mainituista asioista. (Taulukko 8). Jopa 76,5 % vastaajista ei ollut saanut tietoa ollenkaan tai vain vähän sopeutumisvalmennuskursseista tai niiden kustannuksista. Vakuutusasioistakin 69,3 % ja sairauspäiväraha-asioista 63,5 % ei kokenut saaneensa tietoa joko ollenkaan tai vain jonkin verran. Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista yli 2/3 vastaajista ei kokenut saaneensa tietoa. Eniten tietoa (39,8 %) oli saatu kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista (yhdistämällä vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”jokseenkin samaa mieltä”) sekä lääkehoidon kustannuksista (37,6 %.)

Taulukko 8. Taloudellisen tiedon alueen vastausten jakautuminen samaa ja eri mieltä oleviin väittämittäin

Taloudellinen tiedon alue	Täysin tai jokseenkin samaa mieltä f (%)	Täysin tai jokseenkin eri mieltä f (%)	Ei koske minua
Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista (n=93)	37 (39,8)	56 (60,2)	n=24
Sairauspäivärahoista (n=85)	31 (36,5)	54 (63,5)	n=30
Vakuutusasioista (n=75)	23 (30,7)	52 (69,3)	n=42
Sopeutumisvalmennus-kursseista ja niiden kustannuksista (n=68)	16 (23,5)	52 (76,5)	n=48
Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista (n=82)	27 (32,9)	55 (67,1)	n=36
Lääkehoidon kustannuksista (n=85)	32 (37,6)	53 (62,4)	n=33

f= frekvenssi, %= prosenttiosuus, (asteikko 1-4, 1= täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä, mitä suurempi keskiarvo, sitä enemmän saanut tietoa)

Viimeisten kysymysten joukossa puuttuvien vastausten määrä kasvaa. Eniten puuttuvia vastauksia oli sopeutumisvalmennusta ja sen kustannuksia käsittelevässä väittämässä. Näistä ”ei koske minua” vastausvaihtoehdon oli valinnut 48 vastaajaa. Seuraavaksi eniten puuttuvia vastauksia oli vakuutusasioista käsittelevässä väittämässä ja näistä puuttuvista 42 vastaajaa ei tarvinnut tietoa kyseessä olevista asioista. Kolmanneksi eniten vastauksia puuttui jatkohoidon ja kotona tapahtuvan hoidon kustannusten

kohdalla ja enemmistö heistäkään eli 36 vastaajaa, ei kokenut tarvetta tietoon näistä asioista. Vähiten vastauksia puuttui kuntoutusta ja siihen liittyviä kustannuksia koskevan väittämän kohdalla. Kuntoutus ja sen kustannukset eivät kiinnostaneet 24 vastaajaa.

### 6.3 Taustamuuttujien yhteys tiedon saantiin

Taustamuuttujista tarkasteltiin iän, sukupuolen, aikaisemman leikkauskokemuksen sekä tämän sairaalajakson leikkauksen tai toimenpiteen yhteyttä vastaajien kuvailemaan tiedon saantiin. Yhteyttä tiedon saamiseen tarkasteltiin summamuuttujittain. Iällä havaittiin olevan yhteyttä (Spearmanin korrelaatiotestissä) sosiaaliyhteisöllisen ( $\rho = 0,464$ ,  $p < 0,001$ ) sekä eettisen ( $\rho = 0,323$ ,  $p = 0,003$ ) tiedon alueen vertailussa. Iäkkäämmät vastaajat kokivat saavansa tietoa enemmän sosiaaliyhteisöllisen ja eettisen tiedon osa-alueilta. Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa (Mann-Whitney U) tiedon alueiden vertailussa, vaikka mediaanin mukaan näyttikin siltä, että miehet ovat saaneet heikommin tietoa toiminnallisen, eettisen, sosiaaliyhteisöllisen ja taloudellisen tiedon osa-alueilla kuin naiset. Aikaisemmalla leikkauskokemuksella oli tilastollisesti merkitsevää eroa kokemuksellisen ja eettisen tiedon alueilla (Taulukko 9). Potilaat, joilla oli aikaisempaa kokemusta jostakin kirurgisesta toimenpiteestä, kokivat saaneensa paremmin tietoa päätöksen teosta, osallistumisesta, oikeuksista ja vastuista sekä aikaisemman kokemuksen (sairaus, sairaala) hyödyntämisestä.

Taulukko 9. Aiemmin leikkauksen kokeneiden (n= 105) ja ei aiemmin leikkausta kokeneiden (n= 18) tiedon saannin kokemuksen vertailu summamuuttujittain

Leikattu aiemmin?	Biofysio- loginen	Toimin- nallinen	Kokemuk- sellinen	Eettinen	Sosiaali- yhteisöllinen	Taloudellinen
<b>Kyllä n</b>	81	58	83	68	51	45
<b>md</b>	3,62	3,31	3,00	2,89	2,33	2,00
<b>ka</b>	3,37	3,25	2,92	2,84	2,46	2,05
<b>ha</b>	0,66	0,63	0,95	0,82	0,90	1,05
<b>Ei n</b>	15	9	11	13	10	11
<b>md</b>	3,37	2,87	2,00	2,56	2,25	2,00
<b>ka</b>	3,26	2,83	2,06	2,31	2,27	1,85
<b>ha</b>	0,61	0,65	0,74	0,71	0,74	0,94
<b>p-arvo</b>	0,296	0,072	0,005	0,039	0,571	0,620

ka= keskiarvo, ha= keskihajonta, (asteikko 1-4, 1= täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä, mitä suurempi keskiarvo, sitä enemmän saanut tietoa), Mann-Whitney-testin p-arvo

Tämänkertaiseen sairaalajaksoon liittyvällä leikkauksella tai toimenpiteellä ei ollut Kruskal-Wallis testin mukaan tilastollisesti merkitsevää eroa potilaan kokemaan tiedon saantiin, vaikka mediaanin ja keskiarvon mukaan näyttikin siltä, että muiden kuin päänaalueen toimenpiteiden yhteydessä vastaajat olivat kuvanneet saaneensa enemmän tietoa jokaisen tiedon osa-alueen yhteydessä.

Positiivinen korrelaatio havaittiin eri tiedon alueiden välillä. Tilastollisesti merkitsevä positiivinen korrelaatio havaittiin Spearmanin korrelaatiolaaioitestillä eettisen ja sosiaaliyhteisöllisen tiedon osa-alueen välillä ( $\rho = 0,934$ ,  $p < 0,001$ ). Potilas, joka koki saaneensa tietoa eettisen tiedon alueelta, koki saaneensa tietoa myös sosiaaliyhteisöllisen tiedon alueelta ja päinvastoin. Samanlaista positiivinen korrelaatio havaittiin sosiaaliyhteisöllisen ja taloudellisen tiedon välillä ( $\rho = 0,826$ ,  $p < 0,001$ ) sekä toiminnallisen ja kokemuksellisen tiedon alueiden välillä ( $\rho = 0,800$ ,  $p < 0,001$ ). Kohtuullinen yhteys oli nähtävissä toiminnallisen ja biofysiologisen tiedon alueiden välillä ( $\rho = 0,773$ ,  $p < 0,001$ ), toiminnallisen ja eettisen tiedon alueiden välillä ( $\rho = 0,785$ ,  $p < 0,001$ ) sekä toiminnallisen ja taloudellisen tiedon alueiden välillä ( $\rho = 0,765$ ,  $p < 0,001$ ).

#### 6.4 Avoimen kysymyksen vastaukset

Avoimessa kysymyksessä vastaajilta haluttiin kartoittaa tekijöitä, joita he toivoivat ohjauksessa käsiteltävän. Avoimeen kysymykseen vastasi alle puolet (40,3 %,  $n=52$ ) vastaajista. Vastaukset käsittelivät muitakin asioista, kuten palautetta hoidosta ja ohjauksesta, mutta myös toiveita ohjauksen sisältöön sekä siihen, miten ohjaus tulisi toteuttaa tai keneltä ohjausta toivottiin. Vastauksista analysoitiin ja ryhmiteltiin sisällön erittelyllä ne, jotka käsittelivät ohjausta sisällöllisesti tai menetelmällisesti tai ohjauksesta annettua palautetta.

Vastaajat olivat saaneet hyvää ja asiallista ohjausta, jossa he kuvasivat saaneensa vastaukset esittämiinsä kysymyksiin ja riskit sekä hoitoon liittyvät asiat oli kerrattu useamman kerran. Vastaajat toivoivat, että leikkauksesta ja hoitokokeiluissa käytettävistä laitteista kerrotaisiin enemmän. Myös kotiutumista ja leikkauksen jälkeistä kuntoutumista toivottiin käsiteltävän jo preoperatiivisesti. Näin potilas voisi varautua esimerkiksi apuvälineiden hankintaan jo etukäteen. Kuntoutumisen ja apuvälineiden hankinnan helpottamiseksi kaivattiin preoperatiiviseen ohjaukseen fysioterapeuttia. Potilaat kaipasivat tietoa myös sairaalan rutiineista ja aikatauluista, kuten



vierailuajoista. Leikkauksen jälkeen taas kaivattiin tietoa siitä, miten leikkaus meni, mitä jatkossa tulee tapahtumaan, kuinka toipuu ja kuinka voi itse tukea toipumista sekä mistä saa leikkausta koskevat asiakirjat ja kuvat. Leikkauksen jälkeisistä tuntemuksista, psyykkisestä hyvinvoinnista sekä taloudellisista ja sosiaalisista tiedoista kaivattiin myös ohjausta. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Ohjauksen arviointi ja toiveet ohjaukseen

Yläkategoria	Alakategoria	N=52
Palaute hoidosta ja ohjauksesta	Hyvä, asiallinen ohjaus	f=12
	Kysymyksiin vastattiin	f=10
	Riskit kerrattiin	f=3
	Ohjaustilanteen levottomuus	f=3
	Pitkät odotusajat	f=3
	Rutiininomainen ohjaus	f=2
	Väärää tai ristiriitaista tietoa	f=1
Toiveet ohjauksen sisältöön	Leikkauksen kulusta ja jatkohoidosta	f=5
	Miten voi itse edistää toipumista	f=5
	Käytettävistä laitteista enemmän tietoa	f=4
	Kuntoutumisesta tmp jälkeen	f=2
	Sairaalan rutiinit ja aikataulut	f=2
	Leikkauksen aiheuttamat tuntemukset	f=2
	Taloudellisista asioista	f=2
	Yksilöllisyyden huomiointi	f=2
	Kotiutumisesta tietoa preop-vaiheessa	f=1
	Mistä saa asiakirjat ja kuvat	f=1
Toiveita ohjausmenetelmiin	Kirjallisesti tai sähköisesti	f=2
	Fysioterapeutti preop-vaiheessa	f=2
	Kuvin, videoin, tietokoneen avulla	f=1

preop-vaihe= leikkausta edeltävällä käynnillä, tmp= toimenpide/leikkaus, f=kuinka monta kertaa asia toistuu vastaajien tekstissä

Ohjauksessa toivottiin käytettävän kuvia, videoita ja tietokonetta selventämään asiaa. Ohjeita toivottiin myös kirjallisena tai sähköisessä muodossa. Ohjaukseen toivottiin, että tiedot suhteutettaisiin kunkin potilaan mukaan yksilöllisesti. Rutiininomaiseen ohjaukseen oli petytty. Joku oli kokenut saaneensa vääriä sekä ristiriitaisia tietoja. Ohjaustilanteen levottomuus ja sekavuus, jossa tilaa joudutaan vaihtamaan kesken ohjauksen tai potilas on joutunut kohtuuttomasti odottamaan, kun päivystykset tai leikkaukset ovat haitanneet leikkaavan neurokirurgin tapaamista. (Taulukko 10.) Eräs

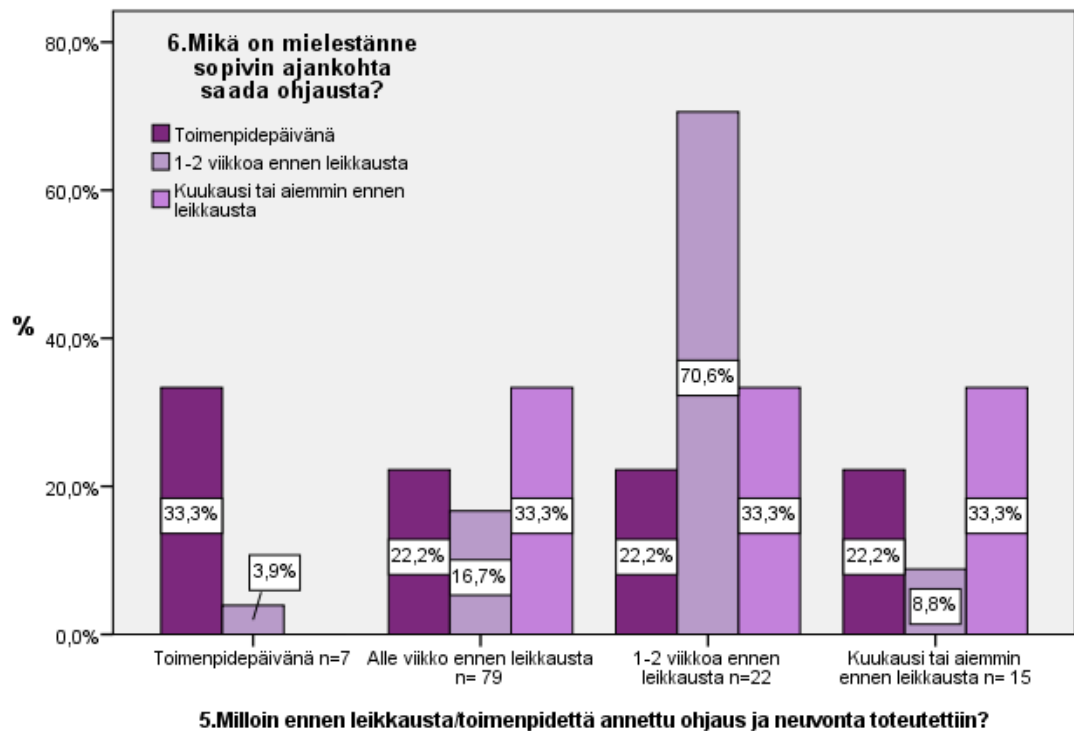
vastaaja oli pettynyt siihen, ettei hänen omaa erikoislääkettä ohjattu ottamaan sairaalajaksolle, vaan hoito keskeytyi.

#### 6.5 Preoperatiivisen ohjauksen ajankohta

Preoperatiivisen ohjauksen ajankohtaa käsiteltiin sekä toteutuneen että toivotun ajankohdan näkökulmasta. Leikkausta tai toimenpidettä edeltävän ohjauksen ajankohtaa kysyttiin valmiilla valintavaihtoehtoilla (1) toimenpide- tai leikkausaamuna osastolla, (2) 1-2 viikkoa ennen leikkausta tai toimenpidettä sekä (3) kuukausi tai aiemmin ennen toimenpidettä tai leikkausta. Samoilla vastausvaihtoehtoilla kartoitettiin toivottua ohjausajankohtaa, jossa lisänä oli vaihtoehto (4) muu, johon sai vapaana tekstinä ilmaista ajankohdan.

Leikkausta edeltävän ohjauksen ajankohtaan vastasi kaikkiaan 123 vastaajaa. Koska osa vastaajista ilmaisi saaneensa ohjausta vastausvaihtoehdon 1 ja 2 välissä luotiin vaihtoehto ”alle viikko ennen leikkausta”. Vastaukset jakautuivat niin, että enemmistö (64,2 %, f=79) vastaajista ilmaisi saaneensa ohjausta 1-2 viikkoa ennen toimenpidettä ja 22 (17,8 %) vastaajaa oli saanut ohjausta alle viikko ennen leikkausta. Leikkaus- tai toimenpideaamuna ohjausta oli saanut vain 7 (5,7 %) vastaajaa ja vastaajista 15 (12,2 %) oli saanut ohjausta jo vähintään kuukautta ennen leikkausta. Toteutuneen ohjauksen ajankohdalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tiedon saantiin. Kaikista vastaajista (n=121) enemmistö (85,1 %, f=103) piti sopivimpana ajankohtana saada preoperatiivista ohjausta viikkoa tai kahta ennen leikkausta/toimenpidettä ja loput jakautuivat kahteen yhtä suureen osaan (5,8 %, f=9), joiden mielestä paras aika saada ohjausta on joko leikkausaamu tai vähintään kuukautta aiemmin. (Kuvio 1)

Avoimeen vaihtoehtoon olivat vastaajat (n=15) kuvanneet mielestään sopivinta ohjausajankohtaa, joka enemmistön (73,3 %, f=11) mielestä olisi 1-2 viikkoa ennen leikkausta tai aiemmin. Lisäksi kolme vastaajaa edellisistä toivoi kertausta leikkauspäivänä. Kolme vastaajaa toivoi enemmän tietoa jo jonoa laitettaessa tai aikaisessa vaiheessa ja kertausta leikkausajankohtana tai lähellä sitä. Muutoksista toivoi 1 vastaaja heti informointia ja toisaalta 1 vastaaja piti tärkeänä, että voi ottaa tarpeen mukaan yhteyttä.



Kuvio 1. Ajankohdat, jolloin vastaajien saama ohjaus toteutui (n= 123) ja miten heidän toiveensa (n=121) ohjausajankohdasta jakautuivat

## 6.6 Preoperatiivisessa ohjauksessa käytettävät menetelmät

### 6.6.1 Toteutuneet ohjausmenetelmät

Vastaajilta kysyttiin tapaa, jolla ohjaus toteutettiin väittämällä, joiden vastausvaihtoehtona oli ”kyllä” (1) ja ”ei” (2). Vastaajat eivät olleet vastanneet kaikkiin väittämiin, vaan oli saatettu valita vain yksi ”kyllä” vaihtoehto, jolloin tulkittiin, että vastaajan ohjauksessa oli käytetty vain yhtä ohjausmenetelmää. Jos oli useampia ”kyllä”-vaihtoehtoja, mutta ”ei”-vaihtoehdot puuttuivat, tulkittiin ohjauksessa toteutuneen valitut vaihtoehdot ja muita ei ollut käytetty.

Melkein kaikki vastaajat (n=121) ilmoittivat saaneensa henkilökohtaista yksilöohjausta. Kolme vastaajaa ei ilmoittanut millä tavalla heidän ohjauksensa oli toteutettu. Suullisen ohjauksen lisäksi muuta ohjausta oli saanut enemmistö (91,7 %, f=111) vastaajista. Kirjallista ohjausmateriaalia näistä ilmoitti saaneensa puolet (55,0 %, f=61). Tietokonetta oli käytetty ohjauksen apuna melkein neljäsosalla (24,3 %, f=27). Hoitovälineitä oli näytetty ohjauksen lisänä 14 (12,6 %) vastaajalle. Opetusvideosta

ohjauksessa oli kokemusta vain pienellä joukolla (3,6 %,  $f=4$ ). Saman verran (3,6 %,  $f=4$ ) vastaajista ilmaisi saaneensa ohjausta muuten: kahdelle vastaajalle on näytetty tekorangasta mitä tehdään ja mihin kohtaan, yksi on maininnut saaneensa ohjausta puhelimitse ja yksi koki saaneensa laajan infopakettin, mutta ei ole eritellyt mitä se pitää sisällään. Vain yksi (0,8 %) vastaaja ilmoitti saaneensa ryhmäohjausta.

Taustamuuttujista katsottiin miten ohjausmenetelmien toteutuminen jakautui sukupuolten ja aikaisemman leikkauskokemuksen sekä leikkauskohdealueen kesken. Suullisen ohjauksen lisäksi naisista ( $n=72$ ) vain 41,7 % ( $f=30$ ) oli saanut kirjallista materiaalia ohjauksen tueksi. Miehistä ( $n=49$ ) kirjallista materiaalia oli saanut 63,3 % ( $f=31$ ). Naisista neljäsosalle ( $f=18$ ) oli ohjausta toteutettu myös tietokoneen avulla, kun taas miehistä tietokoneen avulla ohjausta oli toteutettu vain 18,4 % ( $f=9$ ). Aikaisempi leikkauskokemus ei vaikuttanut eroavasti toteutuneeseen ohjausmenetelmään, vaan menetelmät jakautuivat tasaisesti kummankin ryhmän kesken. Leikkauksen kohdealueella sen sijaan näytti olleen vaikutusta. Potilaiden, joiden leikkaus luokiteltiin kuuluvaksi muihin neurokirurgisiin toimenpiteisiin (esimerkiksi funktionaalinen neurokirurgia) ( $n=17$ ), muuna ohjausmenetelmänä oli eniten (82,4 %,  $f=14$ ) käytetty kirjallista materiaalia sekä hoitovälineiden näyttämisenä 64,7 % ( $f=11$ ) ja videoiden katselua 17,6 % ( $f=3$ ). Selkärankaan kohdistuvissa toimenpiteissä ( $n=46$ ) lisämenetelmänä oli käytetty kirjallista materiaalia yli puolella ohjattavista ( $f=24$ ) ja tietokonetta apuna käyttäen 17,4 % ( $f=8$ ) ohjattavista. Pään alueen leikkauksissa ( $n=53$ ) lisämenetelmänä ohjauksessa käytettiin kirjallista materiaalia 38 % ( $f=19$ ) ja tietokonetta 36 % ( $f=18$ ) kohdalla. Iällä ei ollut merkitystä ohjausmenetelmän toteutukseen.

Ohjausmenetelmien merkitystä tiedon saantiin tarkasteltiin siten, että toteutuneet ohjaustavat luokiteltiin (1) yksi toteutunut ohjaustapa ja (2) kaksi tai useampi toteutunut ohjaustapa. Tilastollisesti merkitsevä yhteys havaitaan biofysiologisen ( $p=0,016$ ), kokemuksellisen ( $p=0,011$ ) ja eettisen ( $p=0,008$ ) tiedon saannissa, jos käytetään kahta tai useampaa ohjausmenetelmää ohjauksessa. (Taulukko 10.)

Taulukko 11. Ohjaustapojen määrän; yksi (n= 54) sekä kaksi tai useamman (n= 74) vaikutus tiedon saantiin summamuuttujittain

Ohjaustapojen määrä		Biofysiologinen	Toiminnallinen	Kokemuksellinen	Eettinen	Sosiaali-yhteisöllinen	Taloudellinen
Yksi	n	35	22	36	32	24	23
	md	3,25	2,87	2,33	2,39	2,09	1,33
	ka	3,12	2,97	2,50	2,46	2,34	1,88
	ha	0,73	0,69	0,97	0,77	0,84	1,05
Kaksi tai useampi	n	61	45	58	49	38	33
	md	3,62	3,37	3,00	2,89	2,50	2,00
	ka	3,49	3,30	3,01	2,95	2,52	2,10
	ha	0,56	0,60	0,91	0,82	0,91	1,01
p-arvo		0,016	0,077	0,011	0,008	0,426	0,448

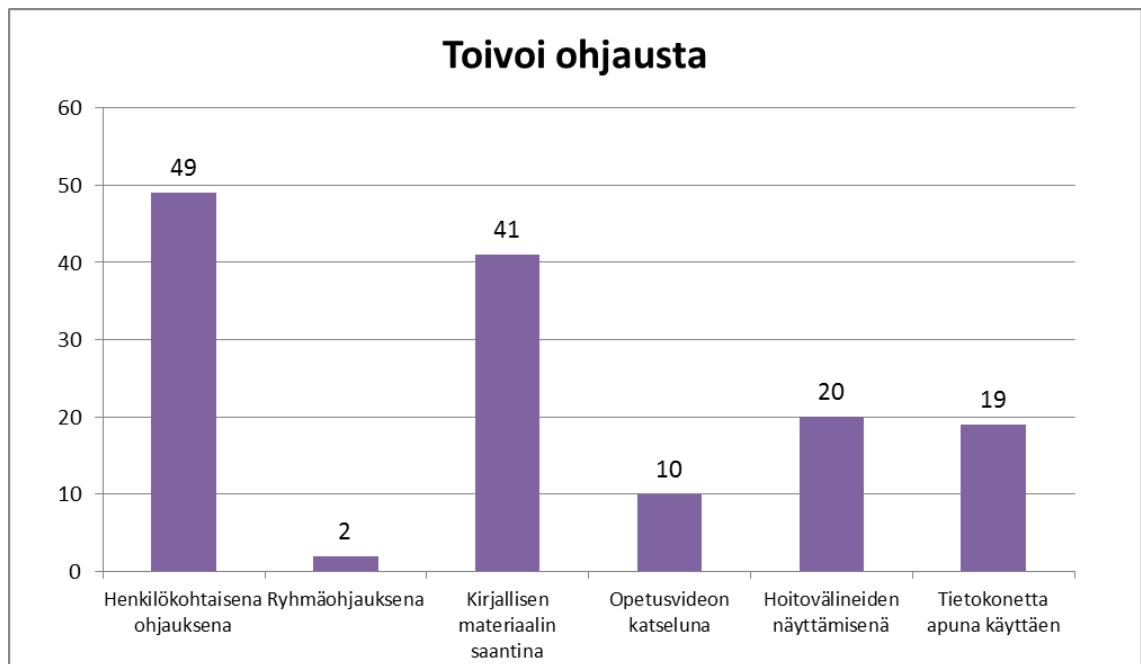
md= mediaani, ka= keskiarvo, ha= keskihajonta, (asteikko 1-4, 1= täysin eri mieltä, 4 = täysin samaa mieltä, mitä suurempi keskiarvo, sitä enemmän saanut tietoa), Mann-Whitney-testin p-arvo

Vastaajilta kysyttiin myös ohjauksen antajia väittämällä (1) neurokirurgi, (2) anestesia lääkäri, (3) sairaanhoitaja ja (4) joku muu, jota sai kuvata vapaalla tekstillä. Vastaajista (n=123) ilmaisi enemmistö (90,2 %) saaneensa ohjausta neurokirurgilta (f=111), seuraavaksi eniten sairaanhoitajalta (84,6 %, f=104) ja nukutuslääkäriltä (73,1 %, f=90). Vain 14 vastaajaa (11,4 %) kuvasi saaneensa ohjausta muun muassa fysiatrialta, neurologilta, omalta lääkäriltä, fysioterapeutilta (2), jonohoitajalta (2), sairaanhoitaja-opiskelijalta, hoitajalta puhelimitse tai osastolla (3), osastonlääkäriltä, päivystävältä neurokirurgilta ja yksi vastaaja ei osannut nimetä keneltä oli saanut ohjausta. Ohjauksen antajien määrällä (yksi tai useampi) ei ollut mitään havaittavaa tilastollista yhteyttä tiedon saamisessa.

#### 6.6.2 Toivotut ohjausmenetelmät

Vastaajilta kysyttiin tapaa väittämällä, jolla hän toivoi saavansa ohjausta. Väittämien vastausvaihtoehtona oli ”kyllä (1) ja ”ei” (2). Vastaajat eivät olleet vastanneet kaikkiin väittämiin, vaan oli saatettu valita vain yksi ”kyllä” tai ”ei”-vaihtoehto. Pelkät ”ei”-vastaukset tulkittiin toiveeksi tavasta, jolla potilas ei ainakaan halunnut saada ohjausta. Vertailtaessa vastaajien toteutunutta ohjausmenetelmää ja vastaajan toivomaa ohjausmenetelmää, vertailun selkiyttämiseksi täytettiin puuttuvat ”ei”- vastaukset, niiden toteutuneiden vastausvaihtoehtojen kohdalla, joissa oli vain pelkkiä ”kyllä” vastauksia yksi tai useampi ja samalla oli ilmaistu ainakin yksi ”kyllä” tai ”ei”- vaihtoehto toivotuksi ohjausmenetelmäksi.

Vastaajista henkilökohtaista ohjausta toivoi 49 (39,5 %) vastaajaa. Toiseksi eniten toivottiin kirjallisen materiaalin (33,1 %,  $f=41$ ) käyttöä ohjauksen apuna. Kolmanneksi eniten toivottiin sekä hoitovälineiden näyttämistä (jopa 20 vastaajaa, 16,1 %) että tietokoneen käyttöä (19 vastaajaa, 15,3 %) ohjauksen apuvälineenä. Vähiten (1,6 %), eli vain kaksi vastaajaa toivoi ryhmäohjausta tiedon saanti keinona. (Kuvio 2). Vastaajista eniten (33,1 %,  $f=41$ ) ilmaisi, ettei toivo tiedon saantia ryhmäohjauksena. Toiseksi eniten vastaajia (29,8 %,  $f=37$ ) ilmaisi, ettei toivoisi saavansa ohjausta opetusvideoiden avulla. Kolmanneksi eniten vastaajat ilmaisivat, etteivät toivo tiedon välitysmuotona hoitovälineiden näyttämistä (20,2 %,  $f=25$ ) tai tietokoneen käyttöä (19,4 %,  $f=24$ ). Kirjallisen materiaalin saantia vastusti vain 8 (6,5 %) vastaajaa.



Kuvio 2. Toiveet tavasta saada preoperatiivista ohjausta.

Niillä vastaajilla, jotka toivoivat ohjausta henkilökohtaisena yksilöohjauksena ( $n=49$ ), oli ohjaus myös toteutunut kaikilla toiveen mukaisesti. Ryhmäohjausta toivoi kaksi henkilöä, josta vain toisella tämä ohjausmuoto toteutui. Kirjallista materiaalia oli saanut yli puolet ( $f=26$ ) niistä vastaajista, jotka olivat sitä myös toivoneet ( $n=41$ ). Opetusvideon katselua ohjauksen apuna olisi halunnut 10 vastaajaa, joiden kohdalla kyseinen menetelmä ei toteutunut. Hoitovälineiden avulla havainnollistettiin niiden 7 vastaajan

ohjausta, jotka sitä olivat myös toivoneet. Tietokonetta ohjauksena apuna toivoi 19 vastaajaa, joista vain 8 vastaajaa sitä myös sai.

Taustatekijöistä katsottiin iän, sukupuolten, aikaisemman leikkauskokemuksen, leikkauksen kohdealueen sekä ohjauksen toteutusajan merkitystä toivottuun tiedon saantitapaan. Pienin keskiarvo iän suhteen (27,0, keskihajonta 11,3) oli niillä, jotka toivoivat ryhmäohjausta. Toiseksi pienin keskiarvo iän suhteen (42,2, keskihajonta 13,3) oli niillä, jotka toivoivat kirjallisen materiaalin saantia ohjauksen muotona. Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat ne (ka 52,0, ha 12,2), jotka vastustivat ohjauksen toteuttamista kirjallisena materiaalina. Opetusvideoiden katseluna (ka 44,3, ha 16,8) tai hoitovälineiden näyttämistä (ka 44,7, ha 11,4) sekä tietokonetta (ka 44,8, ha 14,1) ohjauksen apuna toivoneiden iän keskiarvo oli pienempi kuin henkilökohtaista, suullista (ka 46,6, ha 12,1) ohjausta toivoneilla. Niistä vastaajista, joilla ei ollut aikaisempaa leikkauskokemusta (n=12) yli 90 % (f= 11) ilmaisi toivoneensa ohjausmenetelmäksi kirjallista materiaalia ja vain 58,3 % (f=7) ilmaisi haluavansa suullista ohjausta. Ne vastaajat, joilla oli aikaisempaa kokemusta kirurgisesta toimenpiteestä (n=48), halusi enemmistö (87,5 %, f= 42) henkilökohtaista ohjausta. Niistä vastaajista, jotka olivat olleet pään alueen toimenpiteessä (n=26), toivoi 69,2 % (f=18) saavansa ohjausta sekä henkilökohtaisena ohjauksena että kirjallisena materiaalina. Selkään kohdistuvassa toimenpiteessä olleista vastaajista (n=21) toivoi enemmistö (90,5 %, f=19) saavansa ohjausta henkilökohtaisena ohjauksena. Eniten toivoivat hoitovälineiden näyttämistä (63,6 %) vastaajista ne, joilla toimenpiteen kohteena oli jokin muu kuin pään tai selän alueen leikkaus.

Jos vastaaja oli saanut ohjausta vähintään kuukausi ennen leikkausta tai toimenpidettä, erottui toiveista henkilökohtainen ohjaus, kirjallisen materiaalin saaminen ja hoitovälineiden näyttäminen. Kun leikkausaika lähenee tasoittuvat erot ja vastaajat toivoivat kaikkia ohjausmenetelmiä tasaisesti. Mielipiteet sopivimmasta leikkausajasta eivät muuttaneet toiveita ohjausmenetelmistä.

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin eli pätevyyden ja reliabiliteetin eli luotettavuuden näkökulmasta. Validius tarkoittaa systemaattisen virheen puuttumista. Kyselytutkimuksessa siihen vaikuttaa kysymysten onnistuminen ja

saadaanko niiden avulla vastaus tutkimusongelmaan. Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, että mittauksen tulokset vastaavat tutkimuksen teoriassa esitettyjä käsitteitä. Ulkoisesti validissa tutkimuksessa myös muut tutkijat tulkitsevat tutkimustulokset samalla tavalla. Reliabiliteetti mittauksessa tarkoittaa kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Sisäinen validiteetti tutkimuksessa voidaan todeta saamalla toistetusta saman tilastoyksikön mittauksesta sama tulos. Ulkoinen reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksessa sitä, että mittaukset ovat toistettavissa myös muissa tutkimuksissa. (Heikkilä 2004: 29, 186, 187.) SPTS-kyselylomaketta on aikaisemmin testattu mm. kirurgisilla (Leino-Kilpi ym. 2005; Rankinen ym. 2007; Montin ym. 2010) sekä päiväkirurgisilla potilailla (Heikkinen ym. 2007) ja se on todettu validiksi. SPTS-kyselylomaketta (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä) ei ole testattu neurokirurgisilla potilailla. Validiteettia lisää se, että mittari esitestattiin 10 potilaalla taustakysymysten vuoksi.

Tutkimuksen tavoitteena oli kerätä aineisto 200 neurokirurgiselta potilaalta, jotka täyttivät valintakriteerit. Vastauksia pystyttiin jakamaan vain 146 ja vastausprosentti oli melko hyvä, 84,9 % (n=124). Tutkimusaikana suunniteltuja neurokirurgisia leikkauksia arvioitiin olleen noin 800. Heistä preoperatiivista ohjausta oli saanut noin puolet. Preoperatiivista ohjausta saaneista taas arvioitiin karkeasti tutkimuksen muut sisäänottokriteerit täyttäneen noin 360 potilasta. Heistä tavoitettiin siis vain noin 40 % (f=146), joten kato näin arvioituna oli melko suuri, eli kaikille potentiaalisesti tutkimusryhmään kuuluville ei kyselyä saatu jaettua. Tämä huonontaa tutkimuksen satunnaisuutta ja siten luotettavuutta.

Tutkimusajankohtana tapahtui osastolla paljon muutoksia, kuten sähköisen kirjaamisen käyttöönotto, jolloin potilaspaperit poistuivat käytöstä. Näin lomakkeita ei voinut esimerkiksi jakaa etukäteen potilaspapereihin, jolloin kotiuttamisesta huolehtiva hoitaja olisi voinut antaa lomakkeen potilaalle. Samanaikaisesti tapahtuneet vaihdokset henkilökunnassa ja kesälomakausi vaikuttivat tilanteeseen myös. Toisen tutkimuksen toteuttaminen yhtäaikaaisesti aiheutti sekaannusta potilaissa ja työllisti henkilökuntaa. Edellä mainittujen tapahtumien lisäksi oli tiedossa aineistonkeruun haasteellisuus, joten päädyttiin tutkimuksen alun jälkeen siihen, että tutkija jakaa kyselylomakkeet pääasiassa henkilökohtaisesti. Tällöin pystyttiin tarkastamaan, että tutkimuksen sisäänottokriteerit täyttyivät vaikka satunnaisuuteen tulikin puutteita. Koska tutkija ei pystynyt tavoittamaan kaikkia potilaita ennen kotiutumista, kokeiltiin osalle (n=7)



postittaa kyselylomake kotiutumisen jälkeen, mutta vastauksia palautui vain yksi, joten kyselyn postittamisesta luovuttiin.

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutui viidessä kuukaudessa ja kesti pidempään kuin mahdollisesti muissa potilasryhmissä. Tutkimusmenetelmänä strukturoitua SPTS-kyselylomaketta (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) käyttäen oli kohtuullisen onnistunut. Vastausprosentti oli melko korkea ja palautuneista lomakkeista (n= 126) vain kaksi oli tyhjää. Kyselylomakkeessa osalle vastaajista aiheutti epäselvyyttä se, että lomakkeessa puhuttiin tutkimuksista, vaikka kaikki vastaajat olivat olleet neurokirurgisessa toimenpiteessä tai leikkauksessa eikä tutkimuksissa. Mittari sai palautetta myös siitä, että oli liian yksityiskohtainen ja laaja, joka näkyi siinä, että puuttuvia vastauksia oli eniten kyselyn loppu puolella (10 viimeistä väitettä). Loppupuolella vastaajat olivat valinneet oikeasti puuttuvien lisäksi paljon myös vaihtoehtoa ”ei koske minua”. Tämä herättää kysymyksiä siitä, että eivätkö vastaajat jaksaneet enää systemaattisesti vastata ja valitaan vain jokin vaihtoehto, vai eivätkö nämä kysymykset oikeasti koske heitä.

Reliabiliteettia pyrittiin parantamaan panostamalla aineistonkeruun huolelliseen toteuttamiseen. Tutkija jakoi henkilökohtaisesti lomakkeet potilaille, jotka täyttivät sisäänottokriteerit. Aineiston tallennus suoritettiin huolellisesti ja tarkistettiin kokonaisuudessaan heti tallennuksen jälkeen. Aineiston kuvailu suoritettiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssijakaumia sekä keski- ja hajontalukuja. Hajontaluvut eivät olleet normaalijakauman mukaisia, joten taustatekijäyhteyksien selvittämiseksi kaksiluokkaisten muuttujien osalta tehtiin vertailut Mann-Whitney U-testillä ja järjestysasteikollisten muuttujien osalta Spearmannin korrelaatiokertoimin. Kahden riippumattoman otoksen t-testin sijasta voidaan käyttää Mann-Whitney U -testiä, jonka kohdalla ei tarvitse olettaa normaalijakautuneisuutta. Mann-Whitney U -testi soveltuu hyvin mielipideasteikoille. Muuttujien välisen suoraviivaisen (lineaarisen) riippuvuuden voimakkuutta mitattiin korrelaatiokertoimen avulla. Jos muuttujat ovat järjestysasteikollisia, voidaan käyttää Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa. (Heikkilä 2004: 203, 206, 224, 233-235.)

Summamuuttujien muodostaminen parantaa reliabiliteettia. Samoihin teoreettisiin kokonaisuuksiin liittyvistä muuttujista muodostettiin kuusi summamuuttujaa. Summamuuttujien luotettavuutta arvioitiin Cronbachin realiteettikertoimella. Koko mittarin osalta alfakerroin on 0,91. Biofysiologisen tiedon osa-alueessa Cronbachin alfa

on 0,90, toiminnallisen tiedon alueella 0,89, kokemuksellisen tiedon alueella 0,85, eettisen tiedon alueella 0,92 ja sosiaaliyhteisöllisellä 0,90 sekä taloudellisella tiedon alueella eli 0,97. Saatujen alfakeroitein perusteella mittaria voidaan pitää yhtenäisenä ja luotettavana. Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu samanlaisia tuloksia. Leino-Kilpi ym. (2005) tutkimuksessa Cronbachin alfakeroite oli 0,93 ja eri summamuuttujilla vaihteluväli oli 0,80–0,90. Rankinen ym. (2007) tutkimuksessa potilaan tiedontarve-mittarin alfakeroite oli 0,91 ja eri summamuuttujilla 0,87–0,90. Heikkinen ym. (2007) tutkimuksessa mittarin alfa-kerroin on raportoitu hyväksi. Montin ym. (2010) raportoivat Cronbachin alfa-kerroimen olevan koko mittarin osalta 0,96 ja eri summamuuttujien osalta 0,86–0,98.

Summamuuttujissa havaittiin suuri puuttuvien vastaajien osuus 23% (biofysiologisen tiedon alueella) - 55% (taloudellisen tiedon alue). Tästä syystä vastauksia tarkasteltiin lähemmin väittämittäin. Tällöin pystyttiin selvittämään minkä väittämän kohdalla oli eniten puuttuvia vastauksia ja minkä oli vaihtoehdon ”ei koske minua” osuus puuttuvista vastauksista. Samalla saatiin yksityiskohtaisempaa tietoa siitä, mistä vastaajat olivat saaneet tietoa ja missä he kokivat olevan eniten puutteita.

## 7.2 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen aihe on eettisesti perusteltua, koska neurokirurgisen potilaan kokemusta ohjauksesta saadusta tiedosta on kirjallisuushaun perusteella melko vähän. Potilaan tiedon saantia on tutkittu voimavaroja tukevan preoperatiivisen ohjauksen näkökulmasta muiden kirurgisten ja päiväkirurgisten toimenpiteiden yhteydessä (Leino-Kilpi ym. 2005; Rankinen ym. 2007; Montin ym. 2010). Neurokirurgisen leikkauksen oletetaan aiheuttavan enemmistölle potilaista huomattavaa stressiä ja ahdistusta, koska sairaudet ja hoitojen komplikaatiot koskevat persoonan tärkeitä ominaisuuksia, kuten puhekykyä, liikkumista, tunne-elämää, aloitekykyä ja muistia. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää kehitettäessä ohjausta tukemaan potilaan kokemaa hallinnan tunnetta ja osallistumista omaan hoitoonsa.

Ennen tutkimuksen aloittamista saatiin luvat mittarin käyttöön 5.3.2012 (professori Leino-Kilpi) sekä tutkimuksen toteuttamiseen 27.3.2012 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä (Liite 1). Kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, osallistumisen vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus. Kyselylomakkeessa ei kysytty mitään erityisen henkilökohtaista ja potilaat vastasivat nimettöminä. Potilaille

pyrittiin lomakkeita jaettaessa painottamaan vastaamisen vapaaehtoisuutta, mutta myös sitä, että vastaukset käsitellään nimettöminä eikä edes osastoa, jolta potilas kotiutuu tule esille missään tutkimuksen vaiheessa eikä tutkimustuloksissa. Saatekirjeessä oli myös opinnäytetyön tekijän ja ohjaajien yhteystiedot, joihin kyselyn vastaajat pystyivät tarvittaessa ottamaan yhteyttä. Kyselylomakkeen täyttäminen ja palauttaminen tulkittiin tietoiseksi suostumukseksi.

### 7.3 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata voimavaroja tukevan tiedon toteutumista neurokirurgisen potilaan ohjauksessa. Tietoa saatiin myös siitä, milloin potilaiden tulisi saada leikkausta/toimenpidettä edeltävää ohjausta ja missä muodossa potilaat haluavat saada tietoa. Tutkittavat olivat neurokirurgisia potilaita, jotka tulivat elektiiviseen leikkaukseen tai toimenpiteeseen ja olivat saaneet preoperatiivista ohjausta joko vastaanottokäynnillä tai puhelimitse. Tulokset kerättiin vain yhdestä sairaalasta ja tutkittavien joukko oli pieni (n=124). On kuitenkin huomioitava, että HYKS Neurokirurgian klinikan vastuualue kattaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin lisäksi Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin neurokirurgista hoitoa vaativat potilaat, jolloin väestöpohjan muodostaa noin 2 miljoonaa asukasta. Joidenkin sairauksien tai leikkauksien, kuten aivoverisuonten ohitusleikkauksissa, väestöpohjana on koko Suomi. (Neurosurgery Department 2010.) Tutkittavat kattoivat melko kattavasti neurokirurgisen potilaan eri leikkaus-/ tai toimenpidealueet (pään ja aivojen alueen toimenpiteitä 46 %, selkärangan alueen leikkauksia 38 % sekä muita neurokirurgisia toimenpiteitä 14 %). Vastaajien keski-ikä oli 51,7 vuotta, joka vastaa tilastoja, jonka mukaan enemmistö neurokirurgisista potilaista on työikäisiä (Öhman ym. 2008).

Sairaalapotilaan tiedon saanti- kyselylomakkeella (© Leino-Kilpi – Salanterä – Hölttä 2003) oli mahdollista kerätä kattavasti tietoa neurokirurgisen potilaan kokemuksia saamastaan tiedosta, joten saadut tulokset ovat suuntaa antavia kohderyhmän ohjauksesta Suomessa. Tuloksia voidaan myös varovasti yleistää koskemaan kaikkia kirurgisia potilaita, koska preoperatiiviset ohjaussisällöt noudattavat aina jossain määrin tiettyjä samanlaisuuksia. Potilaat olivat kuitenkin tulossa neurokirurgiseen leikkaukseen tai toimenpiteeseen, jossa toimenpiteen kohteena ovat potilaan aivot tai selkäydin tai selkäytimestä lähtevät hermot, joten tämä tulee huomioida, kun tarkastellaan ohjaussisältöjen ja tietomäärän suhdetta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa oli havaittu, että pään alueen leikkauksiin tulevilla potilailla esiintyi merkittävästi ahdistusta ja pelkoa (Perks ym. 2009:128) ja pään alueen sairaudet usein vaikuttavat muistiin, aloitekykyyn, puhekykyyn tai tunne-elämään (Neurokirurgia.fi 2008–2012). Nämä tekijät eivät ainakaan tämän tutkimuksen mukaan vaikuttaneet tilastollisesti merkitsevästi näiden potilaiden kokemukseen tiedon saannista. Pään alueen leikkauksessa olleet kokivat saaneensa tietoa mediaanin mukaan hieman vähemmän kuin selkäleikkauksessa tai muissa neurokirurgisissa toimenpiteessä olleet, mutta eroa ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Perks ym. (2009) oli havainnut positiivista korrelaatiota ahdistusta tuntevilla ja tiedon tarpeen välillä. Potilaat olivat halunneet tietoa liittyen leikkaukseen ja nukutukseen eli biofysiologisen tiedon alueelta. Näitä asioitahan yleensä preoperatiivisellä käynnillä ohjataan.

Neurokirurgiset potilaat kuvasivat preoperatiivisen käynnin tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Tulosten mukaan he olivat saaneet eniten tietoa biofysiologisen ja toiminnallisen tiedon alueelta ja vähiten taloudellisen sekä sosiaaliyhteisöllisen tiedon alueelta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu samanlaisia tuloksia (Leino-Kilpi ym. 2005:311; Rankinen ym. 2007:116; Montin ym. 2010: 249). Leikkauspotilaiden näkökulmasta biofysiologista ja toiminnallista tietoa pidetäänkin tärkeimpinä tiedon alueina. Potilaat haluavat tietää leikkaukseen ja toimenpiteeseen liittyvistä asioista, kuten miten valmistaudutaan leikkaukseen ja milloin otetaan yhteyttä hoitopaikkaan, jos oireet pahenevat. Aikaisempien tutkimusten mukaan leikkauspotilaat haluavat tietää myös hoitoon liittyvistä komplikaatioista, kuinka ne tunnistaa ja miten niitä voi välttää (Johansson 2006:43).

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että potilaat olivat saaneet hyvin ohjausta siitä miten valmistautua leikkaukseen, mutta yli viidesosa vastaajista ei kokenut saaneensa tietoa hoitoon liittyvistä komplikaatioista sekä siitä miten itse voi niitä estää. Tietoa eri hoitovaihtoehdoista puuttui myös lähes viidesosan mielestä. Vastaavanlaisia tuloksia on saatu tutkittaessa tekonivelleikkauksessa olleita potilaita (Montin ym. 2010; 251). Komplikaatioiden ja eri hoitovaihtoehtojen tunteminen auttaa kuitenkin potilasta omaan hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa (Leino-Kilpi ym. 1999: 33). Tärkeänä pidetään myös tietoa siitä, mitä voi tehdä ja mitä tulee välttää leikkauksen jälkeen ja kuinka voi edistää omaa kuntoutumistaan. Neurokirurgisen potilaan näkökulmasta on havaittu aikaisemmin, että tiedon puutteellisuus on liitetty liian yleisluontoisiin ja riittämättömiin ohjeisiin, jotka ovat vaikeuttaneet potilaan päivittäisiä toimintoja sekä läheisen osallistumista potilaan hoitamiseen (Leikola 2006: 76).

Neurokirurgiset sairaudet tyypillisesti heikentävät potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä usein pitkäksikin aikaa (Saastamoinen 2010: 123) ja toimintakyvyn huononemisen myötä voi ilmaantua sosiaalista eristäytymistä (Leikola 2006: 51–52). Potilaiden voitaisiin olettaa tarvitsevan tietoa yhteiskunnan tarjoamista palveluista ja etuisuuksista sekä kotona tapahtuvan hoidon sekä kuntoutuksen kustannuksista sekä läheisten ja ammattihenkilöiden antamasta tiedosta ja tuesta. Kuitenkin juuri näissä tiedon alueissa potilaat kuvaavat saaneensa vähiten tietoa. Samanlaisia tuloksia on saatu myös aikaisemmissa ohjausta käsittelevissä tutkimuksissa (Leino-Kilpi ym. 2005:311; Rankinen ym. 2007:116; Montin ym. 2010: 249).

Toisaalta tuloksissa havaittiin, että melkein kolmasosan potilaista ei koe tarvitsevana tietoa sosiaaliyhteisöllisen (läheisten ja ammattihenkilöiden tuki) ja taloudellisen (kustannukset) tiedon alueilta. Vastaavia tuloksia on saatu tekonivelleikkausten yhteydessä (Montin ym. 2010:251), jossa havaittiin, että tiedon tarve on yksilöllistä. Neurokirurgisten potilaiden kohdalla tulokseen voi vaikuttaa se, että sairauksien aiheuttama toimintakyvyn huononeminen on edellyttänyt heitä olemaan jo ehkä pitkäänkin sairauslomalla (Leikola 2006). Ehkä taloudelliset asiat olisivat aikaisemmin tarpeellisia eikä näistä asioista tiedon tarve näin ollen kosketa heitä enää toimenpiteen yhteydessä. Toisaalta Montin ym. (2010) toivat esiin, että potilaat saattavat valita ”ei koske minua” vaihtoehdon, koska kokevat etteivät kyseiset väittämät ole oleellisia heille tai he eivät tunnista tiedon tarvetta sillä hetkellä. Tutkimuksissa on havaittu, että potilaan ja hoitajan odotukset ja käsitykset ohjaustarpeesta voivat olla hyvinkin erilaisia (Kygäs ym. 2007: 32-34; Kristoffersen Jahren ym. 2006: 468), joten on hoitajan vastuulla tarkistaa ja varmistaa potilaan tiedon tarve ja että hän ymmärtää saamansa tiedon ja pystyy sen avulla toimimaan (Johansson ym. 2005:213; Eloranta ym. 2010: 4-5; Montin ym. 2010: 215.) Tämän tiedon valossa näyttää, että neurokirurgisen potilaan ohjauksessa saattaa olla myös tarvetta yksilölliseen lähestymistapaan.

Tämän aineiston perusteella ohjauksen ajankohdalla ei ole merkitystä kokemukseen tiedon saannin kannalta. Enemmistö potilaista arvioi parhaaksi ajankohdaksi leikkausta edeltävälle ohjaukselle vähintään viikkoa tai kahta ennen toimenpidettä tai jopa aiemmin. Osa toivoi ohjausta jo leikkauspäätöksestä sovittaessa, mutta samalla he toivoivat kertausta ennen leikkausta ja myös toimenpiteen jälkeen asioista. Samankaltaiseen tulokseen on tultu jo aiemmissa julkaisuissa, jossa on todettu diagnoosin ja leikkauspäätöksen olevan alku kirurgisen hoidon suunnittelulle, johon

liitetään potilaan ohjaus ja informointi toimenpiteen yksityiskohdista sekä odotettavissa olevista hyödyistä että haitoista. Näin potilaalla on mahdollisuuksia osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Kuusniemi ym. 2009: 231; Heino 2005: 104; Kristoffersen Jahren ym. 2006: 470.)

Potilaan kokemusta saamastaan hoidosta ja ohjauksesta ei varsinaisesti kysytty tässä aineistossa. Vastaajat antoivat kuitenkin palautetta näistä asioista, mutta tässä tutkimuksessa asioita käsiteltiin vain ohjauksen sisällön ja menetelmän näkökulmasta. Tyytymättömyys hoitoon on aikaisemmissa tutkimuksissa vaikuttanut estävästi potilaan kokemukseen saamastaan tiedosta (Montin ym. 2010; 251–252). Tässä aineistossa tyytymättömyyttä aiheuttivat puuttuvat tai väärät ja ristiriitaiset tiedot sekä ohjauksen rutiininomaisuus. Rutiininomaisuuden kokemus tuo esiin sen, ettei ohjaus ole perustunut potilaan tarpeeseen, jota pidetään voimavaroja tukevan ohjauksen edellytyksenä (Johansson ym. 2007: 89). Lisäksi tyytymättömyyttä aiheutti ohjaustilanteen levottomuus ja sekavuus sekä kohtuuttoman pitkä odotusaika ohjauksenkäynnillä.

Tässä tutkimuksessa kaikki vastaajat olivat saaneet suullista ohjausta. Enemmistöllä siihen oli yhdistetty jokin toinen tai jopa useampi ohjausmenetelmä tai -tapa. Kun ohjauksessa käytetään useampaa kuin yhtä eri menetelmää tai tapaa, mahdollistui potilaan voimavaraistumisen kokemus tässä tutkimuksessa. Vastaava tulos on saatu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Walker 2007; Johansson ym. 2008; Johansson ym. 2010). Tässä tutkimuksessa nuoremmat vastaajat halusivat ohjauksen toteutumista kirjallisen materiaalin saantina. Kirjallista materiaalia on pidetty yksinäänkin riittävänä tiedollisen voimavaraistumisen kannalta, ainakin jos potilas tietää jo hoitoonsa liittyvistä asioista ennen sairaalaan tuloaan. Mutta yhdistämällä kirjalliseen materiaaliin suullisen ohjauksen voidaan tarkistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjeet oikein. (Johansson ym. 2008; 36.) Useamman ohjausmenetelmän yhdistelmällä on merkitystä ohjattavan asian muistamisen kannalta, joten ohjaus on vaikuttavampaa (Johansson ym. 2007; Walker 2007). Jos ohjauksessa käytetään sekä kuulo- että näköaistia, on potilaiden raportoitu muistavan ohjauksesta jopa 90 % (Kyngäs ym. 2007:69).

Taustamuuttujista iällä ja aikaisemmalla leikkauskokemuksella todettiin olevan yhteys tiedon saantiin. Läkkäämmät vastaajat kokivat saaneensa enemmän tietoa siitä miten pärjää kotona ja miten läheiset voivat tarvittaessa auttaa (sosiaaliyhteisöllisen) sekä

kuinka voivat osallistua omaan hoitoonsa ja siihen liittyvissä päätöksissä (eettisen tiedon alue). Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös havaittu iäkkäämpien potilaiden saaneen enemmän tietoa kuin nuoremmat (Leino-Kilpi ym. 2005: 311; Rankinen ym. 2007: 115). Aikaisemman leikkauskokemuksen omaavat kokivat saaneensa enemmän tietoa kokemuksellisen ja eettisen tiedon alueelta. Aikaisemmassa tutkimuksessa on tullut ilmi, että aikaisemman leikkauksen kokeneet potilaat ovat saaneet enemmän tietoa kuin potilaat, joilla ei ole aikaisempaa leikkauskokemusta (Heikkinen ym. 2007: 277). Tämän tutkimuksen tuloksissa kokemuksellisen tiedon alueella kuitenkin yli kolmasosa kaikkiin väittämiin vastanneista, eivät olleet saaneet tietoa siitä, miten voisivat hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiaan tällä hoitokerralla tai kenen kanssa voisivat keskustella sairauten tai hoitoon liittyvistä tunteista. Eettisen tiedon alueella vastaajat olivat saaneet parhaiten tietoa omasta osuudestaan hoidon onnistumiseen sekä omista oikeuksistaan, mutta eniten puutteita oli tiedoissa potilasasiamiehen roolissa sekä miten voi itse tutustua asiakirjoihin. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, ettei potilaan kohteluun ja oikeuksiin liittyvää tietoa ole juurikaan käsitelty (Eloranta ym. 2010: 8-9; Leino-Kilpi 2010).

Eri tiedon alueiden välillä havaittiin positiivista yhteyttä tämän tutkimuksen tuloksissa. Merkittävin yhteys oli eettisen ja sosiaaliyhteisöllisen tiedon välillä, mutta kohtuullista yhteyttä oli toiminnallisen tiedon ja biofysiologisen, eettisen ja taloudellisen tiedon välillä. Eli saadessaan tietoa sairauden ja hoidon vaikutuksista päivittäiseen elämään sekä omahoidon mahdollisuuksista, kokee potilas saaneensa tietoa siitä, miten voi hyödyntää aikaisempia sairauskokemuksiaan ja miten voi osallistua hoitopäätöksiinsä ja hakea taloudellista tukea terveysongelmansa hoidossa. Vastaavanlaisen tuloksen on raportoinut aikaisemmassa tutkimuksessa Montin ym. (2010).

#### 7.4 Keskeiset tulokset

Tässä tutkimuksessa saatiin samanlaisia tuloksia kuin aikaisemmissa muun muassa kirurgisilla (Leino-Kilpi ym. 2005; Rankinen ym. 2007; Montin ym. 2010) ja päiväkirurgisilla potilailla (Heikkinen ym. 2007) tehdyissä tutkimuksissa. Vastaajat olivat saaneet eniten tietoa biofysiologisen ja toiminnallisen tiedon alueelta. Vähiten tietoa oli saatu taloudellisen ja sosiaaliyhteisöllisen tiedon alueelta. Biofysiologisen ja toiminnallisen tiedon alueet ovat tärkeitä leikkauspotilaan preoperatiivisessa ohjauksessa, jotta potilaat tietävät sairauten ja leikkaukseen liittyvistä asioista, kuten komplikaatioista ja niiden tunnistamisesta sekä mitä voi tehdä ja mitä tulee välttää

leikkauksen jälkeen ja tietysti miten tulee valmistautua toimenpiteeseen (Johansson 2006: 43; Eloranta ym. 2010: 9; Leino-Kilpi 2010). Voimavaroja tukevan ohjauksen näkökulmasta tämä ei ole riittävää, jossa ajatellaan potilaan tarvitsevan laaja-alaisesti tietoa voidakseen hallita terveyteensä liittyviä ongelmia ja niiden seurauksia elämässään. Voimavaroja tukevaan prosessiin kuuluu saada tietoa potilaan tarpeiden mukaan biofysiologisen, toiminnallisen, taloudellisen ja sosiaaliyhteisöllisen tiedon lisäksi myös kokemuksellisen ja eettisen tiedon alueelta. (Leino-Kilpi ym. 1999: 32, 142; Leino-Kilpi ym. 2005: 310; Rankinen ym. 2007: 116.)

Tulosten samankaltaisuus edellisten tutkimusten kanssa näyttää sen, että mittari on validi myös neurokirurgisten potilaiden tiedon saannin kokemuksen mittaamisessa, mutta samalla se saa ihmettelemään eikö ohjauksessa ole tapahtunut kehitystä viimeisen seitsemän – kahdeksan vuoden aikana. Eikö tutkimustieto ole muuttunut käytännöksi? Pitääkö hoitohenkilökunta edelleen tärkeimpänä asiana potilaan informoinnissa leikkaukseen liittyviä asioita. Leikkaavan kirurgian näkökulmasta potilaan realistinen käsitys toimenpiteestä saatavista hyödyistä ja haitoista on ensisijainen ja parantaa potilaan tyytyväisyyttä hoitoonsa. (Kuusniemi ym. 2009: 231.) Toisaalta potilaat voivat kokea leikkaukseen liittyvää pelkoa ja ahdistusta ja tällöin heidän tiedon tarpeensa liittyvät usein leikkaukseen ja nukutukseen (Perks ym. 2009). On kuitenkin muistettava, että leikkauspotilaan tiedon tarve alkaa leikkauspäätöksestä ja jatkuu koko preoperatiivisen vaiheen aina sairaalaan tulovaiheesta intra-operatiiviseen vaiheeseen ja postoperatiiviseen vaiheeseen saakka (Suhonen - Leino-Kilpi 2006: 11; Kruzik 2009: 381, 386). Tämän hoitopolun aikana potilaan tiedon tarpeet muuttuvat, mutta saavatko potilaat aina kulloinkin tarvitsemaansa tietoa? Tässä tutkimuksessa ohjausta pidettiin rutiininomaisena eikä se aina perustunut potilaan yksilöllisiin tiedontarpeisiin.

Tässä tutkimuksessa voimavaraistuminen toteutui parhaiten iäkkäillä sekä vastaajilla, joilla oli aikaisempaa kokemusta kirurgisesta toimenpiteestä. Iäkkäämmät vastaajat olivat saaneet enemmän tietoa sosiaaliyhteisöllisen ja eettisen tiedon alueelta. Iäkkäät ovat saaneet nuorempia enemmän tietoa myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Leino-Kilpi ym. 2005; Rankinen ym. 2007). Vastaajat, joilla oli kokemusta aiemmasta kirurgisesta toimenpiteestä, kokivat saaneensa tietoa enemmän kokemuksellisen ja eettisen tiedon alueelta. Heikkinen ym. (2007) saivat samanlaisen tuloksen tutkiessaan päiväkirurgisia potilaita.



Yhdistämällä kahta tai useampaa ohjausmenetelmää preoperatiivisessa ohjauksessa mahdollistui potilaan voimavaraistuminen tässä tutkimuksessa. Kaikki vastaajat olivat saaneet suullista ohjausta ja enemmistöllä siihen oli yhdistetty jotain toista tai jopa useampaa ohjaustapaa, kuten kirjallinen materiaali, havainnollistaminen tietokoneen tai muiden välineiden avulla. Useammalla ohjausmenetelmällä ohjatut vastaajat olivat saaneet enemmän tietoa biofysiologisen, kokemuksellisen ja eettisen tiedon alueelta. Vastaava tulos on saatu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Walker 2007; Johansson ym. 2008; Johansson ym. 2010). Useamman ohjausmenetelmän yhdistelmällä on merkitystä myös ohjattavan asian muistamisen kannalta, joten ohjaus on vaikuttavampaa (Johansson ym. 2007; Walker 2007). Jos ohjauksessa käytetään sekä kuulo- että näköaistia, on potilaiden raportoitu muistavan ohjauksesta jopa 90 % (Kyngäs ym. 2007:69).

## 7.5 Toimenpide-ehdotukset

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että potilaan tiedollinen tukeminen ohjauksessa toteutui parhaiten biofysiologisen ja toiminnallisen tiedon alueella. Potilaat olivat tietoisia siitä miten valmistautua toimenpiteeseen ja millaiseen toimenpiteeseen sekä mitä he voivat tehdä leikkauksen jälkeen. Tärkeitä asioita leikkauspotilaan hoidon onnistumisessa. Jatkossa tulisi kiinnittää huomiota muiden voimavaroja tukevien tiedon alueiden toteutumiseen, mutta varsinkin sosiaaliyhteisöllisen ja taloudellisen tiedon alueiden, jotka tulosten mukaan jäävät vähäiselle huomiolle. Voimavaraistumista tukee useamman ohjausmenetelmän käyttö. Tätä onkin käytetty kiitettävästi ja käytäntöä tulee jatkaa ja kehittää. Ehdotukset käytännön hoitotyön kehittämiseksi:

1. Leikkauspäätöksen yhteydessä potilasta ohjataan toimenpiteestä jo alustavasti ja mahdollisesti annetaan kirjallista materiaalia tai sitä postitetaan viikkoja ennen toimenpidettä. Kirjallisessa materiaalissa tulisi painottaa myös eettisiä, kokemuksellisia sekä sosiaaliyhteisöllisiä ja taloudellisia tietoja sekä yhteystietoja, joista potilas voi saada lisätietoja. Potilas voi näin hyödyntää paremmin näitä tiedon alueita, jo odottaessaan leikkausta.
2. Preoperatiivisella käynnillä potilaan yksilöllinen tiedontarve varmistetaan (kysymyksiin, lomakkeella), jotta potilasohjaus voidaan kohdentaa hänen tiedollisiin tarpeisiinsa. Usein painotus ohjauksessa on jo leikkaukseen valmistautumisessa, mutta huomiota tulisi kiinnittää potilaan tarpeiden mukaan.

3. Preoperatiivisen ohjaukseen sisältöön tulisi liittää enemmän toipumista, kotiutumista ja leikkauksen jälkeistä kuntoutumista sisältävää tietoa.
4. Ohjaus jatkuu koko potilaan sairaalajakson ajan aina postoperatiiviseen vaiheeseen saakka. Viimeistään kotiutumisvaiheessa on vielä syytä tarkastaa, että potilaalla on tietoa siitä, miten hän saa tarvittaessa tukea pärjäämiseen kotona ja mistä hän saa tietoa sosiaaliturvaan liittyvistä asioista.

## Lähteet

Blomstedt, Göran 2012. Funktionaalisten potilaiden jonotilanne. Helsinki. Suullinen tiedonanto 7.3.2012.

Eloranta, Sini – Vähätalo, Mervi – Rasmus, Mari – Elomaa, Mari – Johansson, Kirsi 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. Tutkiva Hoitotyö. 8. (1). 4-11

Eloranta, Sini 2011. Potilaiden arviot voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumisesta. Yhdessä uudella tavalla. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen – VeTePo – osahanke. Verkkodokumentti.  
<<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:c3glfrGZoLYJ:www.vsshp.fi/fi/dokumentit/25723/potilasohjaus%2520symposium%25202%2520S.Eloranta.pdf+voimavaraistava+potilasohjaus&hl=fi&gl=fi&pid=bl&srcid=ADGEESgO2wXyNlxRt3C3e1es4cSWlwNoask6PLB7-x1RrwwH25AnnE12XA3FD4tVgXZfRkcDTK9eD-gZPaqCMGzdAFJFI5pskapjXpWGgf-dr4964LIS6ubqSwVKi-pQ5ufZwmeusz-q&sig=AHIEtbSBvuO7--aP6mCgbAhif8U9TIbIXw>> Luettu 22.8.2011

Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, Esa – Pälvimäki, Esa-Pekka 2008. Neuromodulaatio. Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim 124(20). 2392-8.

Heikkinen, Katja – Leino-Kilpi, Helena – Hiltunen, Ari – Johansson, Kirsi – Kaljonen, Anne – Rankinen, Sirkku – Virtanen, Heli – Salanterä, Sanna 2007. Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. Journal of Advanced Nursing (JAN) 60 (3). 270-8.

Heikkinen, Katja – Leino-Kilpi, Helena – Nummela, Taina – Kajonen, Anne - Salanterä, Sanna 2008. A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. Patient Education and Counselling 73. 272–279

Heikkinen, Katja – Suomi, Reima – Jääskeläinen, Miika – Kaljonen, Anne – Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna 2010. The Creation and Evaluation of an Ambulatory Orthopedic Surgical Patient Education Web Site to Support Empowerment. CIN: Computers, Informatics, Nursing 28 (5). 282–290.

Heikkinen, Katja 2007. Potilasohjauksen tuloksellisuus. Verkkodokumentti.  
<<http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkimus/tutkimusprojektit/potilasohjaus.html>> Luettu 2.12.2012

Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Heiskanen, Olli – Kaste, Markku 1995. Neurokirurgia Suomen terveydenhuollossa. Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim 111 (21).

Holmia, Silja – Murtonen, Irja – Myllymäki, Hannele - Valtonen, Katariina  
2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

HUS-tilastot 2012. Avohoito-raportit. AO7 Käynnit resurssityypin mukaan.  
Neurokirurgian osastoryhmä. 1.1. – 31.12.2012. Cressida-ohjelmisto.

HUS-tilastot 2012a. Osastohoito-raportointi. OV6 kuormitusraportit. Neurokirurgian  
osastoryhmä. 1.1.- 31.12.2012. Cressida-ohjelmisto.

HUS Neurokirurgia 2008. Neurokirurgia. Verkkodokumentti.  
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;660;548;2719&print=1>> Luettu 11.1.22011.

Johansson, Kirsi – Katajisto, Jouko – Salanterä, Sanna 2008. Tekonivelleikkaukseen  
menevän reumapotilaan preoperatiivinen puhelinohjaus. Teoksessa Montin, Liisa  
(toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Hoitotieteen laitos. Tutkimuksia ja raportteja.  
Sarja A55 /2008. 27-36. Turku: Turun yliopisto.

Johansson, Kirsi - Mikkonen, Silja. 2008. Päiväkirurgisesta leikkauksesta toipuvan  
potilaan voimavaraistumista tukeva tieto. Teoksessa Montin, Liisa. (toim.)  
Potilasohjauksen lähtökohdat. Hoitotieteen laitos Tutkimuksia ja raportteja A:55/2008,  
51-62. Turku: Turun yliopisto.

Johansson, Kirsi – Nuutila, Liisamaija – Virtanen, Heli – Katajisto, Jouko – Salanterä,  
Sanna 2005. Peroperative education for orthopaedic patients: systematic review.  
Journal of Advanced Nursing 50 (2). 212-222.

Johansson, Kirsi – Salanterä, Sanna – Katajisto, Jouko 2007. Empowering orthopaedic  
patients through preadmission education: Results from a clinical study. Patient  
Education and Counseling 66. 84-91.

Johansson, Kirsi – Katajisto, Jouko – Salanterä, Sanna 2010. Pre-admission education  
in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. Journal of  
Clinical Nursing 19. 2980-2988.

Johansson, Kirsi 2006. Empowering orthopaedic patients through education.  
Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Annales Universitatis Turkuensis D  
728. Turku: Turun yliopisto.

Jääskeläinen, Juha 1998. Neurokirurgia. Verkkodokumentti.  
<<http://www.terkko.helsinki.fi/kurssikirjasto/jaaskelainen/neurokirurgia.pdf>> Luettu  
12.12.2011

Jääskeläinen, Juha 2011. Neurokirurginen hoito. Aivokasvaimet. Focus Oncologiae.  
Syöpäsäätiön julkaisusarja 12.

Kaila, Aila - Kuivalainen, Leena 2007. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. Impakti 6. 21.  
Myös sähköisesti saatavilla. <[http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/56E17FD5-E47E-4804-9C4A-E2C1F0FD04EC/0/Impakti2007\\_6.pdf](http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/56E17FD5-E47E-4804-9C4A-E2C1F0FD04EC/0/Impakti2007_6.pdf)>

Karppinen, Atte 2012. Aivokammiosunttien ongelmat. Duodecim 128 (16.) 1691–1698.

Kotila, Jaana – Salmenperä, Ritva – Meretoja, Riitta 2009. Sairaanhoidajien  
osaamiskartoitukset neurokirurgisessa hoitotyössä. Sairaanhoidaja-lehti 11. Saatavana  
myös sähköisesti:

<[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11\\_2009/asiantuntija-artikkeli/sairaanhoitajien\\_osaamiskartoitu/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11_2009/asiantuntija-artikkeli/sairaanhoitajien_osaamiskartoitu/)> Luettu 19.9.2012.

Kristoffersen Jahren, Nina – Nortvedt, Finn – Skaug, Eli-Anne (toim.) 2006. Hoitotyön perusteet. Edita. Tanska: Narayana Press

Kruzik, Nancy 2009. Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. AORN Journal 90 (3). 381-387.

Kuusniemi, Kristiina - Haapoja, Elina – Pihlajamäki, Kalevi – Virolainen, Petri 2009. Nivelproteesileikkaukseen preoperatiivisen käynnin kautta. Finnanest 42 (3). 231–234.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. WSOY Oppimateriaalit.

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Oulensis Medica D 937. Oulu: Oulun yliopisto.

Kääriäinen, Maria 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. Tutkiva hoitotyö. 9 (4). 41–42.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Saatavana sähköisesti.

<[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[kohdistaja\]=koko&search\[all\]=potilaan%20asema%20ja%20oikeudet&search\[any\]=&search\[phrase\]=&search\[without\]=&search\[type\]=tekstihaku](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search[kohdistaja]=koko&search[all]=potilaan%20asema%20ja%20oikeudet&search[any]=&search[phrase]=&search[without]=&search[type]=tekstihaku)> Luettu 21.1.2012

Leikola, Päivi 2006. Neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto

Leino-Kilpi, Helena – Johansson, Kirsi – Heikkinen, Katja – Koljonen, A. – Virtanen, Heli – Salanterä, Sanna 2005. Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. Journal of Nursing Care Quality 20 (4). 307-316.

Leino-Kilpi, Helena – Mäenpää, Inger – Katajisto, Jouko 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Stakes Raportteja 229. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino

Leino-Kilpi, Helena 2010. Ohjauksella voimavaroja potilaalle. Verkkodokumentti. <<http://www.utuonline.fi/sisalto/ajankohtaista/ohjauksella-voimavaroja-potilaalle.html>> Luettu 3.6.2012.

Lepola, Irja – Louet, Tuulikki - Aho, Ritva 2001. Aivokasvaintopotilaiden kuvaukset potilaana olemisesta ja hoidosta yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikassa. Hoitotiede. 13 (1). 4-10.

Lipponen, Katja – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.) 2006. Potilasohjausken haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto

Lukkari, Liisa – Kinnunen, Timo – Korte, Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Porvoo: Sanoma Pro

Montin, Liisa – Johansson, Kirsi- Kettunen, J - Katajisto, Jouko - Leino-Kilpi, Helena 2010. Total Joint Arthroplasty Patients' Perception of Received Knowledge of Care. Orthopaedic Nursing 29 (4). 246-253.

Neurokirurgia.fi 2008-2010. SAV eli lukinkalvonalainen verenvuoto. Verkkodokumentti. <[http://www.neurokirurgia.fi/fi/opetusmateriaali/aivoverisuonitaudit/sav\\_eli\\_lukinkalvonalainen\\_verenvuoto/?id=45](http://www.neurokirurgia.fi/fi/opetusmateriaali/aivoverisuonitaudit/sav_eli_lukinkalvonalainen_verenvuoto/?id=45)> Luettu 18.11.2010.

Neurokirurgia.fi 2008-2012. Johdanto. Verkkodokumentti. <<http://www.neurokirurgia.fi/fi/opetusmateriaali/johdanto/?id=5>> Luettu 19.10.2012

Neurokirurgia.fi 2008-2012b. Kallonsisäiset kasvaimet. Verkkodokumentti. <[http://www.neurokirurgia.fi/fi/opetusmateriaali/kallonsisaiset\\_kasvaimet/?id=10](http://www.neurokirurgia.fi/fi/opetusmateriaali/kallonsisaiset_kasvaimet/?id=10)> Luettu 19.10.2012

Neurosurgery Department 2012. Neurosurgery Department. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=59,403,2252>> Luettu 1.10.2012

Ohtonen, Riitta 2006. Potilasohjaus- hoitotyön punainen lanka. Verkkodokumentti. <[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10\\_2006/paakirjoitus/potilasohjaus\\_hoitotyon\\_punainen/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/)> Luettu 2.12.2012

Perks, Anna – Chankravarti, Sucharita – Manninen, Pirjo 2009. Preoperative Anxiety in Neurosurgical Patients. Journal of Neurosurgical Anesthesiology 21(2).127-130.

Rankinen, Sirkku – Salanterä, Sanna – Heikkinen, Katja – Johansson, Kirsi – Kaljonen, Anne – Virtanen, Heli – Leino-Kilpi, Helena 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. International Journal for Quality in Health Care 19. (2). 113- 119.

Roberts, Peter J. – Alhava, Esko – Höckerstedt, Krister – Leppäniemi, Ari (toim.) 2010. Kirurgia. Duodecim. 2. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Saastamoinen, Tia 2010. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan seuranta ja hoito. Tehohoito 28 (2). 122-123.

Salmenperä, Ritva – Tuli, Sinikka – Virta, Maarit (toim.) 2002. Neurologinen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Jyväskylä: Tammer-paino Oy.

Suhonen, Riitta – Leino-Kilpi, Helena 2006. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. Patient Education and Counselling 61. 5-15.

Walker, Jennie April 2007. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? British Journal of Nursing. 16 (1). 27-32.

Valli, Raine.2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, Heli – Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna 2007. Empowering discourse in patient education. Patient Education and Counselling 66. 140-146.

Virtanen, Heli – Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna 2009. Potilaan ohjauksen lainsäädännöllinen ja strateginen perusta - säätelee, ohjaa ja luo mahdollisuuksia. Pro Terveys 37 (5). 7-9.

Öhman, Juha – Siironen, Jari – Jääskeläinen, Juha 2008: Paranevatko neurokirurgin huonokuntoiset potilaat? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 124 (20). 2344-2346.

## Tutkimusluvut

Taina Lahti  
Sairaanhoitaja YAMK-opiskelija  
Metropolia Ammattikorkeakoulu/  
Töölön sairaala osasto 7  
PL 266  
00029 HUS

### Lisäselvitys lupahakemukseen

29.2.2012

Professori  
Helena Leino-Kilpi  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
20014 Turun yliopisto

Asia: Lisäselvitys 23.1.2012 päivättyyn Taina Lahden SPTS-mittarin lupapyyntöön

Sairaanhoitaja (yamk-opiskelija) Taina Lahti hakee lupaa käyttää Sairaalapotilaan tiedon saanti (SPTS)-mittaria terveys- ja hoitoalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (Metropolia) opinnäytetyössään "Preoperatiivisen ohjauksen kehittäminen neurokirurgisen potilaan hoitotyössä".

**Mittaria käytetään sen alkuperäisessä muodossa ilman modifiointia, samoin käytetään alkuperäistä asteikkoa.** (Liite 1) Lisäksi kysytään yhdeksän (9) erillistä kysymystä opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen mukaisesti. (Liite 2)

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää neurokirurgisen potilaan ohjausta. Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia neurokirurgisen potilaan voimavaroja tukeva ohjausohjelma. Kyselyn avulla kerätään tietoa potilaan kokemuksesta saamastaan tiedosta. Kysely toteutetaan HUS Töölön sairaalassa Neurokirurgian Klinikan vuodeosastoilla 6 ja 7. Otoksen muodostavat potilaat, jotka ovat olleet leikkauksessa/toimenpiteessä ja joille on toteutettu preoperatiivista ohjausta joko vastaanottokäynnillä tai puhelinohjauksena.

Opinnäytetyön ohjaajana on Metropolia Ammattikorkeakoulun yliopettaja, TtT Kirsi Johansson ([kirsi.johansson@metropolia.fi](mailto:kirsi.johansson@metropolia.fi), puh. 0400 822311) sekä työelämän ohjaaja HUS:ssa vt. Neurokirurgian klinikan kliininen asiantuntija, sairaanhoitaja YAMK Eliisa Valovirta-Hästö ([eliisa.valovirta@hus.fi](mailto:eliisa.valovirta@hus.fi)).

Kunnioittavasti

*Taina Lahti*  
Taina Lahti  
[taina.lahti@hus.fi](mailto:taina.lahti@hus.fi)  
puh 040 7167594

Liitteet 1 ja 2

*Myönnän luvan SPTS-mittarin  
käyttöön esitetyllä tavalla.  
Opiskelijan tulee toimittaa  
tiedoksi opinnäytetyönsä  
Turun yliopiston hoitoti-  
teen tarkastelle.*

*Turussa 5.3.2012*

*Helena Leino-Kilpi  
Professori*



HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI  
HYKS-sairaanhoitoalue 2012  
Operatiivinen tulosityksikkö

TUTKIMUSLUVAN  
MYÖNTÄMINEN  
§ 77  
27.03.2012

Dnro

1 (2)

Hakijat sairaanhoitaja Taina Lahti  
Esittelijä johtava ylihoitaja Arja Tuokko

Asia **TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN SAIRAANHOITAJA TAINA LAHDEN  
TUTKIMUKSELLE: PREOPERATIIVISEN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN  
NEUROKIRURGISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ**

Perustelut Metropolia ammattikorkeakoulussa ylemmän ammattikorkeakoulun tutkin-  
toa suorittava sairaanhoitaja Taina Lahti anoo lupaa opinnäytetyölleen.  
Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää neurokirurgisen potilaan preoperatii-  
vista ohjausta. Opinnäytetyöllä kartoitetaan tietoja potilaan tiedonsaannista,  
ohjausajankohdasta ja ohjausmenetelmistä ennen leikkausta.

Taina Lahti anoo lupaa suorittaa aineiston keruu kyselylomakkeella HYKS  
Operatiivisen tulosityksikön Neurokirurgialla klinikalla leikkaushoidossa olleil-  
ta potilailta (N=200). Potilaat ovat hoidossa osastoilla 6 tai 7 tai päiväkirurgi-  
sessa toimenpiteessä. Mittarina käytetään Leino-Kilven 2003 kehittämää  
sairaalapotilaan tiedonsaantimittaria, jonka potilaat täyttävät kotiutumis-  
päivänä. Potilaita varten on laadittu saatekirje, josta ilmenee vastaamisen  
vapaaehtoisuus.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Kirsi Johansson Metropolia am-  
mattikorkeakoulusta. HUS-vastuuhenkilönä on klininen asiantuntija Eliisa  
Valovirta-Hästö. Aineisto kerätään kevään 2012 aikana ja tutkimuslupaa  
haetaan ajalle 1.4.2012 - 31.03.2013.

Osastoryhmän päällikkö Ritva Salmenperä on tietoinen opinnäytetyöstä ja  
suostuva sen toteuttamiselle Töölön sairaalassa.

Opinnäytetyön tavoitteena on laatia saadun tiedon pohjalta Neurokirurgian  
klinikalle potilaan voimavaroja tukeva ohjauksen ohjausmalli, jota voidaan  
hyödyntää ohjauksessa.

Päätös Edellä olevan perusteella päätän, että sairaanhoitaja Taina Lahdelle  
myönnetään tutkimuslupa ajalle 1.4.2012 - 31.3.2013.

Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä tietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä  
anonymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina  
HUS:ssa tutkimuksen vastuuhenkilö. Tutkimusluvan saaja huolehtii muun  
tietoa-aineiston asianmukaisesta arkistoinnista ja mahdollisten tietojen ko-  
pioiden hävittämisestä. Tutkimusluvan saajan HUS:n nimissä syntyvät jul-  
kaisut on julkaisukeräysohjeiden mukaisesti toimitettava tiedoksi ja työsuh-  
dekeksinnöt on ilmoitettava kirjallisesti HUS:lle.

Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa raportti opinnäytetyön rapor-  
tointilomakkeella (johtajaylilääkärin ohje 1/2010 liite 5) vs. HYKS Oper ty  
EVO-vastuulääkäri Pauli Puolakkaiselle, Operatiivisen tulosityksikön toimi-  
alajohtaja Reijo Haapiaselle sekä johtava ylihoitaja Arja Tuokolle. Johtava  
ylihoitaja Arja Tuokolle lähetetään myös koko raportti sähköisessä muodos-  
sa.

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI  
HYKS-sairaanhoitoalue 2012  
Operatiivinen tulosityksikkö

TUTKIMUSLUVAN  
MYÖNTÄMINEN  
§ 77  
27.03.2012


Dnro

2 (2)

Sovelletut oikeusohjeet HUS Yleiskirjeet nrot 22/2000 ja 4/2002  
Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)  
Henkilötietolaki (523/1999)  
Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999)  
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)  
Potilasvahinkolaki (585/1986)

Päätösvallan peruste Hallintosääntö 20 §  
HYKS operatiivisen tulosityksikön johtajan päätös § 249 (31.08.2009)

Lisätietojen antaja Erikoissuunnittelija Leena Timonen, p. 050 - 427 0568 tai 09 - 471 78407  
sähköposti: leena.timonen@hus.fi

  
Pauli Puolakainen  
vs. HYKS Oper ty, EVO-vastuulääkäri

Tiedoksi sairaanhoitaja Taina Lahti  
johtava ylihoitaja Arja Tuokko  
osastoryhmän päällikkö Ritva Salmenperä  
erikoissuunnittelija Leena Timonen  
kliininen asiantuntija Marita Ritmala-Castrén  
kliininen asiantuntija Satu Rauta  
kliininen asiantuntija Eliisa Valovirta-Hästö  
kliininen asiantuntija Hannele Saunders  
kliininen asiantuntija Susan Arminen  
kliininen asiantuntija Tiina Saloranta  
kliininen asiantuntija Anna-Maija Jäppinen

Lähetetty tiedoksi 27.3.2012/tv

### Frekvenssit muuttujittain

Tiedon tarve (N=124)	f	Täysin samaa mieltä %	Jokseenkin samaa mieltä %	Jokseenkin eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	Ei koske minua %
Sairauteeni liittyneistä oireista	122	55,6	31,5	8,9	2,4	0,8
Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa	119	60,5	23,4	8,9	3,2	0,8
Minulle tehdyistä tutkimuksista	122	58,9	25,8	12,1	1,6	0
Miten minun olisi pitänyt valmistautua tutkimuksiin	120	71,0	18,5	5,6	1,6	0
Miten saan tietoa tutkimuksen tuloksista	119	49,2	29,0	12,1	5,6	1,6
Erilaisista hoitovaihtoehtoista	111	46,8	26,6	11,3	4,8	8,1
Hoitooni liittyneistä mahdollisista komplikaatioista	118	49,2	26,6	12,9	6,5	1,6
Miten voisin itse estää komplikaatioita	109	42,7	25,8	15,3	4,0	6,5
Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla	115	46,5	33,1	9,7	3,2	2,4
Millaista liikuntaa voin harjoittaa	119	60,5	24,2	8,1	3,2	3,2
Miten paljon minun tulee levätä	116	48,4	27,4	16,1	1,6	3,2
Millainen on minulle soveltuva ruokavalio	94	23,4	21,0	21,8	9,7	17,7
Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun/ kylpyyn/saunaan)	119	63,7	25,8	4,8	1,6	1,6
Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa eritystoimintaani	104	35,5	24,2	18,5	5,6	12,9
Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin	90	28,2	24,2	15,3	4,8	24,2
Mistä saan tarvitsemiani hoidon apuvälineitä	87	30,6	22,6	12,1	4,8	26,6
Minkälaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa	110	35,5	22,6	17,7	12,9	8,9
Kenen kanssa voin keskustella sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista	110	37,1	18,5	17,7	15,3	8,9
Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa	101	25,0	27,4	12,9	16,1	16,1
Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	111	37,9	18,5	23,4	9,7	7,3

Tiedon tarve (N=124)	f	Täysin samaa mieltä %	Jokseenkin samaa mieltä %	Jokseenkin eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	Ei koske minua %
Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville	114	36,3	33,9	16,1	5,6	5,6
Mitä oikeuksia minulla sairaalassa oli	115	37,1	29,8	13,7	12,1	3,2
Mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiseksi	113	42,7	30,6	9,7	8,1	4,8
Potilasasiamiehen toiminnasta	92	11,3	12,9	21,8	28,2	19,4
Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastuualueet oli määriteltä	113	23,4	22,6	24,2	21,0	6,5
Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa	118	43,5	27,4	12,9	11,3	2,4
Kenelle minua koskevia tietoja annettiin	116	45,2	16,9	17,7	13,7	2,4
Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini	112	20,2	22,6	27,4	20,2	3,2
Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvissä asioissa	118	39,5	23,4	21,0	11,3	2,4
Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni	111	27,4	25,8	23,4	12,9	6,5
Mistä saan halutessani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen	91	15,3	12,1	23,4	22,6	21,8
Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitoapaikan	89	23,4	15,3	16,9	16,1	23,4
Miten voin tavata sairaalapapin/-teologin	76	11,3	12,9	18,5	18,5	33,1
Potilasjärjestöjen toiminnasta	82	5,6	14,5	20,2	25,8	28,2
Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista	93	16,9	12,9	20,2	25,0	19,4
Sairauspäivärahoista	85	11,3	13,7	15,7	28,2	24,2
Vakuutusasioista	75	8,9	9,7	14,5	27,4	33,9
Sopeutumisvalmennus-kursseista ja niiden kustannuksista	68	4,0	8,9	17,7	24,2	38,7
Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista	82	13,7	8,1	15,3	29,0	29,0
Lääkehoidon kustannuksista	85	15,3	10,5	14,5	28,2	26,6

f= frekvenssi, %= prosenttiosuus, asteikko 0-4, 0= ei koske minua, 1= täysin eri mieltä, 4= täysin samaa mieltä; mitä suurempi keskiarvo, sitä enemmän saanut tietoa.